

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE N° 544.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 12 juillet 1901, à 1 heure.

Par L. CAPDEVIELLE

Né à Lamarque-Pontacq (Htes-Pyrénées) le 10 Décembre 1873.

A QUEL MOMENT FAUT-IL RÉPARER
LES

RUPTURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE

AVANTAGES DE LA PÉRINÉORRHAPHIE IMMÉDIATE SECONDAIRE

Président: M. POZZI, professeur.

*Juges } MM. LEGUEU, professeur.
 } DELENS et DELBET, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine 15

—
1901

544.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

344

THÈSE

1878

LE DOCTEUR EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 12 juillet 1901, à 1 heure.

Par L. CAPDEVIELLE

Né à Lamarque-Pontacq (Htes-Pyrénées) le 10 Décembre 1873.

A QUEL MOMENT FAUT-IL RÉPARER
LES

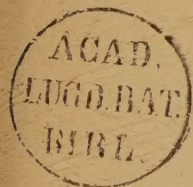
RUPTURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE

AVANTAGES DE LA PÉRINÉORRHAPHIE IMMÉDIATE SECONDAIRE

Président : M. POZZI, professeur.

Juges } MM. LEGUEU, professeur.
DELENS et DELBET, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
		BRISAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		JACCOUD.
Clinique médicale	{	HAYEM.
		DIEULAFOY
Maladie des enfants		DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{	TERRIER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique ophthalmologique		TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires		PANAS.
Clinique d'accouchements	{	GUYON.
		BUDIN.
Clinique gynécologique		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Accoucheur des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

A quel moment faut-il réparer

LES

RUPTURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE ?

Avantages de la Périnéorrhaphie immédiate Secondaire.

INTRODUCTION

Notre but est nettement limité ; nous voulons, dans ce travail, nous occuper d'un point très spécial relatif au moment de l'intervention chirurgicale dans le traitement des grandes déchirures du périnée : ruptures intéressant soit le périnée seul, soit le périnée et la cloison recto-vaginale.

Nous serons donc très bref sur les généralités qu'on a coutume de placer en tête de la question des déchirures périnéales et nous n'entrerons dans quelques détails qu'à l'occasion de la discussion du choix du moment d'opérer.

Pour l'indiquer d'un mot, nous tendons à démontrer que si l'intervention immédiate, après la rupture,

est la plus logique et la plus favorable, si elle doit être tentée d'une façon générale, elle n'est pas toujours la plus sûre. Les quelques échecs constatés par les meilleurs opérateurs justifient l'utilité de l'intervention secondaire que certains chirurgiens ont appelée immédiate secondaire et qui comprend comme période opératoire opportune la quinzaine qui suit l'accouchement et peut s'étendre à trois et quatre semaines.

L'intervention immédiate peut aussi être volontairement rejetée dans certaines conditions que nous énumérerons.

Elle doit l'être, nécessairement, s'il existe une infection génitale avérée.

Qu'elle soit ajournée arbitrairement ou obligatoirement, l'opération, comme en cas d'échec, s'encadre alors légitimement dans la période dite secondaire.

Nous montrerons que cette manière de procéder, si elle ne réalise pas les avantages et l'idéal de l'intervention immédiate, est supérieure et préférable à l'intervention tardive reportée à 6 mois.

Nous aurons à indiquer les conditions qui militent en faveur de la périnéorraphie immédiate secondaire, les procédés qui assurent les meilleurs résultats; et nous appuierons cette opinion sur des observations probantes et inédites.

Nous devons rendre ici à nos maîtres de Toulouse et de Paris un témoignage public de la vive reconnaissance que nous leur garderons toujours.

Notre souvenir s'arrêtera avec une gratitude toute spéciale sur le nom de M. Doléris. Après nous avoir, en

effet, suggéré l'idée de cette thèse, M. Doléris nous réservant le plus aimable accueil dans son service, à la maternité de Boucicaut où nous avons fait notre stage d'accouchement, nous a permis d'y recueillir des observations qui viennent appuyer nos conclusions. Il a mis également à notre disposition d'autres observations de sa pratique personnelle. Enfin, il nous a guidé de ses conseils avec une bienveillance qui nous a profondément touché.

M. le Professeur Pozzi a bien voulu accepter la présidence de cette thèse : nous le prions d'agréer la respectueuse expression de notre reconnaissance.

CHAPITRE I

Généralités et Historique.

M. le Professeur Pozzi décrit le périnée de la femme de la façon suivante : « Le périnée est un plancher fibro-musculaire résistant, qui ferme inférieurement la cavité abdominale et supporte le poids des viscères qui y sont contenus.

Vu de dedans en dehors, il se présente sous la forme d'un entonnoir très largement évasé, prenant ses attaches sur le pelvis, excentriquement percé, à sa partie antérieure, d'un orifice pour le passage du vagin.

Vu de l'extérieur, le périnée est réduit à l'espace compris entre la fourchette et l'anus, formant la base d'une sorte de pyramide triangulaire ; son plan profond répond à la peau et à l'entrecroisement du sphincter de l'anus, du constricteur de la vulve et du transverse, tandis que le sommet de la pyramide se perd dans la cloison recto-vaginale. L'un des côtés est longé par le vagin, et son bord inférieur est ourlé et renfoncé par l'hymen ou ses vestiges ; l'autre côté est tangent au rectum ; les parties latérales du pris-

me périnéal ont pour appui, profondément, les bords internes des releveurs de l'anوس, attachés sur les côtés du rectum ; ces muscles, par l'intrication inférieure de leurs fibres forment un véritable soutien à toute la région (1) ».

Pendant l'accouchement, le périnée peut se rompre : soit que le fœtus présente un volume trop considérable ; soit que la femme ait des parties molles infiltrées ; soit que l'accoucheur introduise trop hâtivement sa main dans le vagin, qu'il fasse une application maladroite de forceps ou qu'il commette quelque autre faute due à un manque d'expérience.

Tout périnée rompu doit être réparé, surtout quand la rupture est complète, qu'elle intéresse le sphincter et la cloison recto-vaginale, variété de rupture qui seule nous occupe.

Pourtant la question du traitement des déchirures complètes du périnée a traversé différentes phases que nous allons passer rapidement en revue, sans nous éloigner de l'objet spécial de notre travail : l'indication du moment d'opérer.

On peut diviser l'histoire de la périnéorrhaphie en trois périodes ;

La 1^e qui va de 1621 à 1834, et qui est caractérisée par le peu d'extension de la pratique de la périnéorrhaphie ; on pourrait l'appeler la période de l'hésitation.

La 2^e qui va de 1834 à 1884. On discute les avanta-

1. — *Traité de Gynécologie Clinique et opératoire*, page 1081.

ges et les inconvénients de la périnéorrhaphie et le moment de l'intervention ; mais cette opération entre dans la pratique courante.

La 3^e qui s'étend de 1884 jusqu'à nos jours. L'opportunité de l'intervention étant complètement admise, on discute uniquement sur des détails de technique et sur le moment de l'intervention : réunion immédiate primitive, — réunion tardive, — réunion immédiate secondaire.

On ne comprendrait pas ces hésitations et les discussions à propos de périnéorrhaphie s'il s'agissait de la restauration des ruptures incomplètes si aisées à réparer immédiatement après l'accouchement mais on ne doit pas oublier que nous traitons des déchirures complètes, traumatismes qui réclament de l'habileté chirurgicale et de l'expérience. Leur restauration est toujours œuvre délicate. Les suites opératoires : pansements antiseptiques, hygiène post-opératoire, repos, diète, constipation ou purgation, procédés d'avivement, modes de suture, etc... ; tout cela ne s'est pas inventé en une fois. Il a fallu le concours de beaucoup d'hommes et beaucoup de temps pour arriver à perfectionner chaque détail de façon à assurer les résultats qu'on obtient couramment.

On peut s'étonner aujourd'hui et considérer comme un paradoxe chirurgical une pratique qui faisait justement négliger la restauration des déchirures périméales les plus graves, et ne se préoccuper que des ruptures incomplètes, c'est-à-dire les moins importantes. La raison en était bien plus dans l'imperfection

des méthodes et leur échec fréquent que dans les raisons ou les prétextes allégués, à l'encontre de l'opération.

Passons en revue chacune des trois périodes.

Première période. — Ambroise Paré conçut la périnéorrhaphie et ce fut Guilleméau son disciple qui la pratiqua le premier. Se trouvant en présence d'une femme accouchée depuis six semaines, et atteinte d'une rupture du périnée, il aviva au bistouri les tissus bourgeonnants et fit une suture entortillée. Il ordonna ensuite l'application sur la plaie d'un baume à formule complexe qui avait la propriété de cicatriser les blessures. La guérison était complète au bout de quinze jours (1).

Malgré ce beau résultat, l'opération de Guilleméau resta pour ainsi dire sans écho.

Ce n'est que longtemps après que nous voyons Smellie, Mauriceau, de la Mothe conseiller la restauration du périnée.

Le 21 juin 1702, de la Mothe, appelé auprès d'une femme accouchée depuis quatre jours, constate une rupture complète du périnée. « Je lui fis aussitôt, dit-il, trois points d'aiguilles : un dans le vagin et l'intestin, l'autre à l'extrémité de l'anus, et le troisième à la fourchette. Je ne retournai voir cette femme que deux fois en dix jours ; elle se trouva si parfaitement guérie que j'ôtai le fil qui servait à ces points. Elle a

1. Guilleméau. *Traité de la grossesse des femmes*, 1641, Chap. 14. Des meurtrissures et escorchures qui surviennent de l'accouchement des parties basses des femmes.

depuis accouché plusieurs fois sans que cet accident ait récidivé (1) ».

Mauriceau décrit la périnéorrhaphie et se montre partisan de la suture immédiate. « Les femmes sont si incommodées qu'il vaut mieux en faire la réunion incontinent ».

Si la réunion ne se fait pas, ou si la déchirure a été négligée, il conseille l'avivement avec « bons ciseaux ou avec le bistouri » et la suture consécutive. « Je ne conseille pas, néanmoins, dit-il en terminant, à aucune femme de se faire faire une opération si douloureuse » (2).

Smellie est presque muet sur la question et il n'est plus fait mention de périnéorrhaphie jusqu'au jour où Noël de Reims en 1794 donne communication d'une réunion heureuse par suture entortillée.

Quatre ans plus tard, Saucerotte de Lunéville fait connaître un cas où, par la suture en surjet, il a obtenu une réunion parfaite. (*Rec. périod. de la société de Méd.* I. 7 p. 86).

En 1805, Dupuytren restaure avec succès un périnée déchiré.

Deuxième période. — On n'entendait plus parler de périnéorrhaphie, lorsque, le 6 janvier 1874, Roux lut à l'Académie des sciences, un savant mémoire sur la question. Il exposait la nécessité de cette intervention et rendait compte des succès qu'il avait obtenus par la suture enchevillée.

1. *Traité d'accouchements*, Paris 1721, page 197.

2. Mauriceau. — *Traité d'accouchement*. Paris 1740, page 401.

Ce mémoire eut un grand retentissement dans le monde savant, la périnéorrhaphie allait devenir une opération courante.

En 1854, Bourdereau, résumant les opinions des auteurs de son époque, dit dans sa thèse : « Lorsque la déchirure est complète, quelques auteurs conseillent d'attendre la guérison spontanée. Roux, Dieffenbach et avec eux un grand nombre de chirurgiens recommandables nient la possibilité de cette guérison, du moins dans l'immense majorité des cas. Je ne crois pas avec Dieffenbach qu'il faille toujours réunir par la suture, mais je suis bien moins encore de l'avis de ceux qui prétendent guérir sans elle ».

Pour ce qui regarde le moment que l'on doit adopter pour l'intervention, les opinions varient. Ce point n'est pas bien déterminé. Roux, Wurtzer, Velpeau, Vidal, Patrequin et d'autres veulent attendre avant d'opérer que la femme soit relevée de couches. « Mieux vaut temporiser et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé de la femme est rétablie, où les bords de la solution de continuité se sont revêtus d'une cicatrice, où toutes les parties circonvoisines sont rentrées dans leur état normal » (Roux).

Le rejet de l'intervention immédiate est basé sur les raisons suivantes :

1° L'irrégularité des parties déchirées qu'il est impossible de coapter exactement, et qui, mal irriguées, risquent de retenir des parties vouées au sphacèle, ou pouvant donner lieu à des inflammations ou à des accidents septiques ;

2° L'écoulement des lochies sur la plaie, dont le moindre inconvénient est de l'infiltrer à travers les sutures et de désunir les tissus en voie de réunion ;

3° L'influence de l'état puerpéral qui serait une mauvaise condition de réparation des tissus, et qui pourrait occasionner, pour peu que les précautions ne soient pas bien prises, des complications septiques fort graves ;

4° Enfin, la faiblesse de la femme après l'accouchement.

Par contre, Dieffenbach, Jungmann (*Æsterrei medic*, 1843), Langenbeck, Verhœghe, Danyau pensent qu'il faut tenter la réunion immédiatement ou à une date très rapprochée de l'accouchement.

« Si l'on diffère l'opération, dit Dieffenbach, la plaie, sans cesse en contact avec les lochies ou les matières fécales, s'enflamme vivement, et est souvent menacée de gangrène. Tout au moins, une abondante suppuration est-elle à craindre. La réunion d'une rupture du périnée doit se faire dans les vingt-quatre heures » (1).

L'opinion de Dieffenbach est donc diamétralement opposée à la précédente ; et il est singulier de constater que cet auteur trouve dans les mêmes faits : l'écoulement des lochies et la suppuration, un argument en faveur de l'intervention, alors que Roux y puisait un argument pour l'abstention.

Nélaton (2) est d'avis de ne pas intervenir immédiatement. « Il est bon d'attendre six à sept jours, après

1. Dieffenbach. *Operat. chirurg.*

2. Nélaton. *Eléments de Pathologie Chirurgicale*, t. VI.

lesquels la plaie se trouve recouverte de bourgeons charnus, pour appliquer les sutures. De cette façon, on n'est pas obligé de faire d'avivement, ni même d'incisions latérales, car, les parties sont encore assez relâchées pour permettre le rapprochement des lèvres de la plaie sans qu'elles supportent trop de tiraillements ». Dans deux cas, il appliqua les sutures : dans l'un, le quatrième jour, dans l'autre le septième : la réussite fut parfaite.

Bourdereau conseille dans sa thèse (1854) d'attendre quelques jours que la plaie soit détergée, et que l'écoulement des lochies soit devenu plus modéré. « Mais il faut intervenir avant que la cicatrisation des deux lèvres soit complète ».

Disons, en passant, qu'une pareille manière d'agir nous paraît judicieuse et que notre thèse vient en partie du moins à l'appui de cette opinion qui est tout en faveur de l'intervention immédiate secondaire.

Troisième période. — En 1885, la périnéorrhaphie immédiate était très en faveur à l'étranger. Elle était préconisée par Simon (d'Heidelberg), Freund, Behn (de Stuttgart), Bröse (de Berlin), Simpson (d'Edimbourg), G. Thomas (de New-York) et presque tous les américains du Nord. A leur tête étaient Emmet et Skene.

En France, au contraire, elle était presque abandonnée, M. Doléris nous dit en effet : « Si les étrangers sont partisans de la périnéorrhaphie immédiate, les accoucheurs français la repoussent. Pour Cazeaux et Tarnier, si les ruptures sont complètes, il faut s'abstenir momentanément ; car on a vu parfois la réunion

spontanée se faire, et d'autre part, la périnéorrhaphie ne réussit pas. Donc, disent-ils, en tout état de cause, abstention. On se bornera à maintenir l'immobilité des parties en attachant les jambes de l'accouchée avec une serviette.

Charpentier est à peu près du même avis.

Depaul n'agissait pas différemment, et je n'ai pas vu faire de sutures pendant le temps que j'ai suivi son service à la clinique d'accouchements. Les maîtres français sont unanimes à peu près à cet égard » (1).

M. Doléris combat cette façon d'agir et défend la cause de la périnéorrhaphie immédiate primitive dans une discussion remarquable qu'il a avec Terrillon et Guéniot le 6 janvier 1885. Sur vingt-quatre interventions, il a obtenu vingt succès pour les ruptures incomplètes et trois succès sur quatre cas de ruptures complètes. « On doit opérer aussi promptement que possible, dit-il, mais un retard de un ou deux jours n'est pas une cause d'échec, à condition que la plaie soit en parfait état et apte à la réunion immédiate ».

L'état puerpéral n'est pas considéré par M. Doléris comme une contre-indication à l'opération.

« Pour moi, dit-il, je ne sais à quoi correspond exactement ce terme, si ce n'est que la nouvelle accouchée est sous l'influence multiple du choc de la parturition, de l'hémorrhagie, de l'épuisement nerveux qui accompagnent tout traumatisme. Or, cet état se retrouve chez les blessés, et cela n'empêche pas la chirurgie

1. Doléris. *Archives de Tocologie*. — Société d'Obst. et de Gynécologie, 1885.

d'intervenir immédiatement, sauf contre-indication, quitte à adjoindre au traitement opératoire, la thérapeutique interne dirigée contre l'état complexe du malade » (1).

On objectait alors, pour repousser l'opération immédiate, l'affaiblissement causé par l'accouchement.

Mais comme le dit très judicieusement M. Doléris :

« Qu'est-ce que peuvent faire, je me le demande, quelques points de suture de plus ou de moins après les violences de l'accouchement et la rupture des tissus des voies génitales ».

Les lochies ne sont pas considérées non plus comme devant faire retarder l'opération car le même auteur déjà deux ans auparavant (1883) démontrait l'asepsie des lochies normales. « Le pus, dit-il n'apparaît jamais dans les lochies normales : le sang, la sérosité et le mucus sont les seuls liquides qui découlent de la plaie utéro-vaginale chez la nouvelle accouchée saine, c'est-à-dire aseptique » (2).

Tous les arguments dirigés contre la périnéorrhaphie immédiate se trouvaient donc combattus et au mois de septembre 1885, le Dr Inès Gaches Sarraute approuvant les idées de M. Doléris concluait par ces mots :

« Toutes ces raisons militent une fois de plus en faveur de l'intervention immédiate, ce que nous considérons d'ailleurs comme parfaitement démontré » (3).

1. Doléris. *Archives de Tocologie*, 1885.

2. Doléris. *Lochies et organismes inférieurs*. *Arch. de Tocologie*, 1883.

3. *Archives de Tocologie*, 1885.

Mais quand la plaie a trop mauvais aspect ou quand la réunion primitive tentée immédiatement après l'accouchement a échoué, que reste-t-il à faire ?

Nouveau sujet de discussions.

Alors apparaît ce qu'on a appelé la *périnéorrhaphie immédiate secondaire*.

Les partisans de cette intervention, opèrent pendant la période puerpérale, mais, à l'encontre des deux succès de Nélaton, leurs opérations sont souvent suivies d'échecs. La raison en est facile à trouver ; ces opérateurs se contentent, en effet, de rapprocher les bords de la plaie de façon à accoler les bourgeons charnus. La suppuration était presque inévitable malgré les lavages phéniqués et les pansements antiseptiques. « Il semble que la plaie récélat dans ses couches superficielles, ces germes que l'injection phéniquée ne pouvait atteindre et qu'il y avait lieu de modifier la méthode » (1).

Volkman enleva les bourgeons à la curette, et sutura.

Verneuil détruisit les bourgeons au thermocautère et fit la réunion à la chute des escharres.

La périnéorrhaphie immédiate secondaire n'a pas encore pris la place qu'elle doit occuper, et, de nos jours, il est encore des auteurs, qui, en présence d'un périnée infecté, ou à la suite d'un échec dans l'opération primitive attendent six mois pour recommencer l'opération. Ce n'est pas, croyons-nous, au moment auquel est pratiquée l'opération secondaire, qu'il faut

1. Dayot. Thèse de Paris, page 64.

attribuer les échecs observés avec cette méthode, mais au procédé employé. Nous discuterons du reste ce point lorsque nous exposerons l'utilité de la périnéorrhaphie immédiate secondaire.

CHAPITRE II

Après ces généralités et ces quelques mots sur l'histoire de la périnéorrhaphie, il nous faut entrer dans le cœur du sujet.

En présence d'un périnée déchiré totalement, le chirurgien peut intervenir à trois périodes différentes : il peut intervenir de suite : *périnéorrhaphie immédiate*, primitive. Il peut intervenir dans le premier mois qui suit l'accouchement : *périnéorrhaphie secondaire*, ou immédiate secondaire. Il peut intervenir six mois après l'accouchement : *périnéorrhaphie tardive*.

Nous examinerons successivement la valeur de ces trois interventions.

Nous montrerons les avantages de la périnéorrhaphie immédiate, avantages réels et nombreux : nous en rechercherons les inconvénients. Nous verrons comment les perfectionnements modernes l'ont rendue sûre, comment l'hygiène post-opératoire, bien comprise actuellement, entre pour une grosse part dans la quasi-certitude du résultat, et nous conclurons en disant que la périnéorrhaphie immédiate primitive est le procédé de choix.

Nous procéderons de la même façon dans l'étude de la périnéorrhaphie tardive ; mais ici nous trouverons

surtout des inconvénients et des difficultés. Nous n'admettrons l'opportunité de cette intervention que si la périnéorrhaphie primitive, ou la périnéorrhaphie secondaire n'ont pu être faites, et nous concluons de cela que la réunion tardive doit être considérée comme un procédé de nécessité.

La périnéorrhaphie immédiate secondaire sera exposée suivant le même plan. Nous nous efforcerons de montrer la supériorité de cette opération sur la précédente après avoir pourtant combattu la technique ancienne et mauvaise de réunion immédiate secondaire avec la cautérisation des bourgeons au thermocautère et un procédé qui persiste encore, le grattage des bourgeons par la curette.

Nous montrerons les bénéfices qu'on peut retirer de cette intervention et nous terminerons en disant qu'elle est le procédé d'élection après l'échec de la périnéorrhaphie immédiate primitive.

LA PÉRINÉORRHAPHIE IMMÉDIATE.

Quelle conduite doit-on tenir quand on se trouve en présence d'une rupture complète et récente du périnée ?

Doit-on pratiquer la réunion immédiate ou doit-on attendre pour opérer, que les lambeaux de la plaie se soient rétractés et cicatrisés isolément ?

Tous les auteurs modernes conseillent de pratiquer la périnéorrhaphie immédiate.

M. Doléris, nous l'avons dit, s'était fait le défenseur de cette intervention, en 1885.

Depuis, M. le professeur Tillaux reconnaissant l'utilité de la réunion immédiate s'exprime ainsi dans son *Traité d'Anatomie Topographique* : « Lorsque le périnée vient d'être déchiré, il faut le restaurer au plus tôt dès que l'accouchement est terminé ».

M. le Professeur Pozzi écrit dans le même sens : « La réunion immédiate doit être pratiquée. Elle dispense d'une opération ultérieure plus complexe et ferme l'entrée aux inoculations » (1).

Emmet dit que lorsque la déchirure s'est étendue à travers le sphincter, dans tous les cas lorsque cela est possible, il faut réunir les parties immédiatement après l'accouchement.

Hégar et Kaltenbach ont opéré toutes les déchirures complètes du périnée immédiatement après leur formation et en ont obtenu les meilleurs résultats. Ils citent même des cas dans lesquels toute la paroi postérieure du vagin était déchirée (2).

Il y a en effet bien des avantages à pratiquer la péri-néorrhaphie immédiate. On pourrait les classer de la façon suivante.

1° *La vitalité des tissus.* — L'opérateur se trouve ici en présence de tissus pleins de vitalité, riches en vaisseaux veineux et en vaisseaux lymphatiques. Ici, rien de scléreux, rien de dégénéré ; les tissus viennent

1. Pozzi. *Traité de gynécologie Clinique et opératoire.*

2. Hégar et Kaltenbach. *Traité de gynécologie traduit par Bar.*

à peine de se déchirer ; ils vivent comme au moment de la rupture.

2° *L'intégralité des lambeaux.* — Les lambeaux ont conservé toute leur souplesse, toute leur étendue, toute leur longueur ; ils ne demandent pour ainsi dire qu'un point d'appui pour assurer leur coaptation.

Si l'on n'intervient pas, les lambeaux se rétractent.

Le muscle transverse du périnée, véritable muscle digastrique, se trouvant sectionné en son milieu, est attiré par la contraction de ses fibres vers son point d'insertion fixe, l'ischion, et s'éloigne de la plaie de section. Le sphincter, rompu en avant, ne tendra plus qu'à perdre sa forme primitive. Les dimensions de la déchirure ne feront donc que s'accroître. Petit à petit, ces muscles seront envahis par du tissu cicatriciel, fibreux, dépourvu de toute élasticité ; et si l'on attend trop pour intervenir on risquera d'avoir un périnée trop court ou un sphincter insuffisant. Le processus de réparation, quand la plaie est abandonnée à elle-même, est semblable à celui d'une brûlure au 3^e degré avec des bandes fibreuses rétractiles et des déformations consécutives.

« La restauration du périnée, dit Guéniot (1) lorsque la déchirure est complète, n'est souvent qu'apparente ».

Et c'est une des raisons pour lesquelles M. Doléris préconise l'intervention immédiate. « Il n'est pas douteux, dit-il, que venant d'être rompu, le sphincter n'a pas eu le temps de se rétracter beaucoup. Les deux

1. *Archiv. de Tocologie* 1885.

extrémités sont aisées à rapprocher. Elles sont aptes à subir une coaptation parfaite, et, j'ajoute, une cicatrisation rapide. Le muscle est intact : ce n'est plus comme dans l'opération tardive un croissant à grande ouverture que vous transformez en anneau. C'est un croissant encore, divisé, il est vrai, mais facile à suturer et à réunir, car les extrémités se touchent presque. Donc, opérez vite, et profitez de cette heureuse éventualité» (1).

3^e *La simplicité de l'anesthésie.* — La femme bénéficie de l'intervention rapide. Pour elle la périnéorraphie immédiate n'est pas à proprement parler une opération chirurgicale. L'anesthésie par le chloroforme n'est pas absolument nécessaire : un badigeonnage à la cocaïne suffit parfois à assurer l'insensibilité de la région. Si le badigeonnage ne suffit pas l'injection interstielle peut donner le résultat demandé.

Enfin, il faut accorder aujourd'hui une place utile à l'injection rachidienne de cocaïne. Il suffit d'un centigramme pour obtenir l'anesthésie absolue. Malartic signale dans sa thèse six observations dont cinq se rapportant à des déchirures complètes pratiquées dans le service de M. Doléris, et dans lesquelles on a pu, grâce à l'injection rachidienne de 1 centigramme de cocaïne, obtenir une analgésie absolue. L'analgésie a été d'une durée assez longue pour permettre de faire, après une application de forceps, la suture immédiate du périnée déchiré. La femme a bénéficié ici, il est vrai, de l'anesthésie faite en vue de l'application du forceps.

1. *Archiv. de Tocologie*, 1885.

Mais l'analgésie cocaïnique a été motivée exclusivement, dans un certain nombre d'autres cas par la restauration du périnée.

4° *La porte d'entrée est fermée à l'infection.* — Et ce n'est pas le moindre des avantages de la périnéorraphie immédiate primitive. Ce point est d'autant plus à considérer que l'infection est plus à craindre ici qu'en toute autre partie de l'économie, étant donné le contact inévitable des matières fécales et des gaz avec les bords de la plaie.

Pourtant, il ne faut pas s'exagérer la simplicité de l'intervention. On peut rencontrer des difficultés.

La plaie peut être irrégulière, déchiquetée et ne pas se prêter à une coaptation parfaite.

Les lambeaux peuvent être le siège d'une infiltration sanguine : ils peuvent présenter des thrombus. Parfois, ils sont œdématiés ; ils peuvent être dilacérés, flottants.

Si la déchirure est nette, les lambeaux en bon état, on peut intervenir de suite.

Dans le cas contraire, il est préférable d'attendre 24, 36, et même 48 heures comme le conseille M. Doléris. Alors, les caillots sont formés, l'œdème a disparu et l'on se trouve dans de bonnes conditions pour intervenir.

Quand la plaie a repris un aspect rassurant, on avive les lambeaux au bistouri, de manière à obtenir un dessin régulier et l'on procède à la suture. Il faut employer des fils solides : crins, fils d'argent. Le catgut est insuffisant à moins qu'on ne pratique la suture en spirale. M. Doléris y a presque complètement renoncé,

car on ne peut pas *a priori* juger de la valeur et de l'asepsie du catgut que l'on emploie. On l'a vu se résorber avant que les lambeaux de la plaie ne fussent parfaitement réunis. De là la formation possible de clapiers dans des espaces morts et de fistules consécutives.

De plus, cette suture en surjet demande beaucoup d'œil et de pratique et elle ne saurait donner des résultats entre toutes les mains.

La soie est également à rejeter : les fils se rétractent et sectionnent les tissus avec la plus grande facilité.

L'hygiène post-opératoire sera des plus simples ; la malade sera purgée dès le lendemain de l'intervention et on maintiendra la liberté du ventre par l'administration quotidienne d'un léger laxatif.

Sous aucun prétexte on ne laissera uriner la malade seule ; le cathétérisme sera pratiqué deux ou trois fois par jour.

Une gaze antiseptique sera introduite dans le vagin pour aspirer les liquides et les mucosités provenant de l'utérus et cette gaze sera changée tous les jours.

Jamais on ne donnera d'injections vaginales avant le dixième jour, à moins, bien entendu qu'un état infectieux ne fût constaté ; mais alors il faudrait détruire la suture ; nous laissons cette question de côté.

Les fils seront enlevés dès le 10^e jour.

Tant que la réunion ne se sera pas produite, on fera rester la malade dans le décubitus dorsal et les jambes seront attachées avec une serviette.

Pour le régime, il n'y a pas à hésiter ; il faut mettre l'opérée au régime lacté.

On le voit, la périnéorrhaphie immédiate peut être considérée comme une opération simple ; pourtant elle ne donne pas toujours les résultats qu'on se croyait en droit d'espérer. Après la réunion, il arrive parfois que le périnée s'œdématie, qu'il s'infiltré. Les fils, rigides, ne peuvent suivre la distension des tissus qu'ils sont destinés à maintenir en contact ; ils ne peuvent pas non plus céder sous la pression, et ce sont alors les tissus qui se sectionnent sur le fil inerte et passif. L'opération a été sans résultat.

A quoi est dû cet échec ?

Nous allons énumérer les principales causes qui peuvent le produire.

1° Le mauvais état général de la femme.

C'est peut-être la cause la plus fréquente ; et parmi les femmes qui sont sous le coup d'un mauvais état général nous devons mentionner les albuminuriques chez lesquelles on remarque toujours des œdèmes et des infiltrations.

2° L'état infectieux de la femme. La patiente peut avoir été infectée antérieurement à l'opération, au moment de l'opération, ou plus tard. La plaie, d'une asepsie insuffisante, lors de l'intervention, s'est prêtée au développement rapide des micro-organismes. Il en résulte de l'œdème, de la suppuration, et, partant, le défaut de réunion. Un pansement fait à la légère aura parfois suffi à produire l'infection.

3° La négligence ou l'ignorance de l'opérateur procédant à une intervention trop hâtive en présence de tissus d'aspect peu rassurant, ou une faute même

légère de technique suffisent souvent à compromettre le résultat de l'opération.

4° Une mauvaise hygiène post-opératoire.

Les échecs sont en effet fréquents lorsque le chirurgien, au lieu de chercher, par des purgations bien comprises, c'est-à-dire hâtives et fréquentes, à obtenir chez sa malade des selles molles, a administré de l'opium dans le but d'avoir une garde-robe le plus tard possible, c'est-à-dire le 9° ou le 10° jour. Cette pratique ancienne est aujourd'hui complètement tombée dans le discrédit. Elle pèche contre les règles de la logique la plus élémentaire. Qu'arrive-t-il en effet quand on recherche la constipation chez une malade par l'administration de l'opium ? Il arrive que le bol fécal acquiert une consistance et un volume considérables et le passage au niveau de l'anus, de ce corps étranger volumineux et dur, suffit parfois à réduire à néant les espérances de l'opérateur. Tellier de Lyon (1) cite un cas dans lequel il administra à son opérée 0, 05 centigr. par jour d'extrait Thébaïque, de façon à maintenir la constipation jusqu'à réunion de la plaie. Le 10° jour, la malade fut prise de coliques et d'un besoin pressant d'aller à la selle. Malgré de douloureux et violents efforts, l'expulsion du bol fécal ne put se produire. La malade ayant des tendances à la syncope, un médecin fut appelé, qui constata par le toucher la présence dans le rectum d'un corps dur du volume d'une orange. A grand'peine, il arriva à broyer avec

1. *Société nationale de médecine de Lyon*, mars 1893.

le doigt ce bloc de matière fécale et il en fit l'extraction par fragments.

Grâce à cette intervention, la cicatrisation peut continuer son cours : mais que serait-il advenu si on avait laissé la malade livrée à elle-même ?

Un résultat aussi heureux ne s'obtient pas toujours et le passage du bol fécal, le curage du rectum opéré au doigt ou avec un instrument peuvent être la cause d'un échec plus ou moins complet. En tout cas, le périnée est très affaibli, insuffisant. Il n'est pas de gynécologue qui n'ait son expérience faite sur les méfaits de la constipation forcée, à la suite de la périnéorrhaphie tardive.

Par ailleurs, l'opérée ne saurait supporter impunément une constipation aussi prolongée. Malgré l'usage exclusif du régime lacté, les toxines que secrète sans cesse l'organisme et dont on empêche l'élimination ont sur l'état général une certaine influence : excitation nerveuse, insomnie, inappétence, etc.

5° Il est une autre condition fâcheuse pour les suites de la périnéorrhaphie immédiate et que nous devons mentionner : c'est la nécessité où l'on se trouve parfois d'appliquer un traitement antiseptique intra-utérin lorsqu'apparaissent les signes d'infection puerpérale, dans les jours qui suivent l'intervention et que le périnée n'est pas encore consolidé. Alors, les injections intra-utérines, la dilatation du col, le curettage sont autant de dangers pour le périnée restauré.

Certains échecs doivent se rapporter à des faits de ce genre. On a restauré sans savoir si le périnée était

bien aseptique et en prenant toutes les précautions antiseptiques utérines et vaginales voulues; mais ultérieurement on a vu apparaître des phénomènes d'infection. Il a fallu intervenir.

La rétention d'urine qui est fréquente dans les cas de rupture du périnée peut aussi être une cause d'échec. Dans ce cas, en effet, le cathétérisme doit être pratiqué souvent; les urines parfois deviennent ammoniacales; il peut se produire de l'infection.

Nous avons fait la part des difficultés et des accidents en montrant rapidement qu'une bonne technique et une bonne hygiène post-opératoire peuvent les éviter. C'est l'antisepsie et la meilleure hygiène, c'est-à-dire les purgations bien comprises qui ont amené les vrais perfectionnements et les meilleures conditions de bon résultat.

Malgré toutes les causes d'échec que nous avons énumérées, l'intervention immédiate, dans les cas de ruptures récentes et complètes du périnée, doit donc être considérée comme la méthode de choix, tout état infectieux de la femme mis à part; et l'on ne saurait attendre, comme le conseillaient encore en 1884 presque tous les chirurgiens français, que les lambeaux soient cicatrisés isolément et que la femme soit depuis plusieurs mois relevée de ses couches.

CHAPITRE III

La Périnéorrhaphie Tardive.

La périnéorrhaphie tardive était très en faveur à l'époque où l'on ignorait les bienfaits de l'antisepsie et où l'on redoutait de toucher à une femme pendant la période puerpérale. Elle est supplantée aujourd'hui, nous l'avons vu, par la réunion immédiate.

Pourtant, toute accouchée n'a pas un chirurgien à son chevet et combien de ruptures du périnée qui passent inaperçues ! Ce n'est que plus tard, après ses couches, que la femme, ne trouvant pas sa situation normale, se décide à consulter le chirurgien. On ne peut faire alors que la périnéorrhaphie tardive.

Cette intervention est une véritable opération chirurgicale réclamant des soins pré-opératoires, l'anesthésie générale.

Elle présente parfois pour l'opérateur de grandes difficultés. Nous n'avons plus ici des tissus pleins de vitalité comme au moment de la rupture. Des vaisseaux ont pour ainsi dire disparu dans le tissu fibreux cicatriciel, et à la place du tissu souple, nous avons des lambeaux durs, fibreux, rétractés, difficiles à manier.

Ces lambeaux n'auront plus les dimensions suffisantes ; le muscle sphincter et le transverse du périnée sont altérés dans leur structure. Partout, nous avons du tissu cicatriciel dur, presque pas vivace. Les lambeaux cicatrisés isolément, se sont écartés de plus en plus l'un de l'autre, à mesure que le tissu fibreux les envahissait.

Le périnée rompu peut du reste présenter plusieurs aspects.

Considérons d'abord la région vulvaire :

Elle peut présenter des brides cicatricielles allant dans divers sens. Elle peut présenter des dépressions, des saillies informes ; l'un des bords peut être fortement épaissi tandis que l'autre est aminci. Les grandes et les petites lèvres peuvent être fondues dans la cicatrice.

Le vagin est souvent déchiré. On peut observer des cicatrices vaginales profondes.

Le rectum peut être le siège d'hémorroïdes ; il peut présenter des bourrelets saillants, des travées fibreuses dans ses parois.

L'orifice anal se présente parfois, avec un bord antérieur filiforme, avec lumière circulaire.

On observe, d'autres fois, une lumière ovale à grand axe transversal.

Le bord antérieur peut être angulaire à sommet profond ; ici la lumière sera large et aura la forme d'un cœur de carte à jouer.

Il peut se faire, comme le signale M. le Professeur Pozzi dans son traité de gynécologie, que les deux

lambeaux soient reliés par des brides cicatricielles allant de l'un à l'autre en guise de pont.

Le sphincter déchiré est souvent atrophié et ses lambeaux sont attirés en dehors. Il présente une disposition en croissant sur laquelle on a déjà depuis longtemps attiré l'attention.

En présence d'un si mauvais terrain opératoire, les difficultés sont parfois très grandes pour pratiquer un avivement convenable permettant de faire une réunion avec quelques chances de succès, de rétablir avec un sphincter efficace un périnée résistant et de longueur suffisante.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de décrire les nombreux procédés qui ont été imaginés pour pratiquer la périnéorrhaphie. Nous ne parlerons pas des procédés anciens où l'on faisait des avivements de dimensions considérables dans le sens des parties latérales, où l'on prenait sur les fesses de la femme la peau nécessaire à la reformation du périaée.

Nous ne décrirons que les procédés les plus modernes, ceux qui ont fait faire de réels progrès à la pratique de la périnéorrhaphie ; je veux parler du procédé d'Emmet, du procédé de Tait, du procédé de Pozzi qui n'est qu'une modification du précédent et du procédé de Doléris.

Le procédé d'Emmet se ressent des anciens par l'avivement. Celui-ci porte en effet sur de larges surfaces. Nous empruntons à M. le Professeur Pozzi la description du procédé d'Emmet. « L'avivement représente sur chacun des côtés du périnée déchiré un trian-

gle dont la base est la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre, sur la ligne médiane, par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et remontant jusqu'à 3 centimètres de hauteur. La figure qui résulte de l'avivement ainsi pratiqué peut être assez justement comparée à un papillon ayant ses ailes déployées ; l'avivement médian représente le corps de l'animal et les deux avissements latéraux les ailes ».

L'avivement est suivi d'un lavage de la plaie puis on pratique la suture avec des fils d'argent.

« Ces fils doivent être placés d'arrière en avant. Pour cela, l'opérateur engage, sur le côté gauche du périnée, la pointe de l'aiguille tenue de la main droite, à 1 centimètre et demi environ en arrière et en dehors de la circonférence postérieure de l'an us ; il fait cheminer l'aiguille à travers la partie inférieure de la cloison recto-vaginale pour la ressortir sur le côté droit de l'an us dans un point symétrique à son point d'entrée. Quatre ou cinq autres fils sont placés de la même façon au-dessus du précédent. Introduits à un centimètre en dehors de la ligne d'avivement, ils cheminent également à travers la cloison recto-vaginale à un demi centimètre environ au-dessus les uns des autres et viennent sortir sur le côté du périnée ».

Le premier point a pour but de réunir les deux ex-

trémities divisées du sphincter, et de reconstituer l'anus. Il doit cheminer sous la surface cruentée très près de son bord postérieur, mais pénétrer très franchement dans l'angle de division de la cloison où il doit prendre un point d'appui solide ».

Le but de cette suture est de reconstituer un sphincter ; mais aussi faut-il s'assurer par l'introduction du doigt dans le rectum que le fil sous-sphinctérien est serré d'une façon logique et que par conséquent l'anus aura bien des dimensions normales. Il ne faudrait pas que ce fil fût trop serré car il y aurait danger à ne pas laisser issue aux matières fécales et aux gaz.

Dans ce procédé, si l'avivement n'est pas irréprochable, la suture donne tous les résultats que l'on peut désirer. Le rectum se trouve abaissé quand on serre les fils, et n'y a pas de suture rectale ; c'est le point capital.

Le procédé de Tait est remarquable par l'avivement. Nous n'allons plus chercher au loin des matériaux pour reconstruire le périnée; nous avons pour ainsi dire sur place tout ce qu'il nous faut. Tait en effet dédouble la cloison recto-vaginale ; et plus la déchirure sera grande plus l'avivement sera étendu en profondeur. « Le dédoublement est poursuivi latéralement jusqu'aux lignes verticales passant à l'union des grandes et des petites lèvres. On pratique ensuite un débridement postérieur qui donne à la ligne d'incision la forme d'un H dans lequel la barre transversale au lieu d'être au milieu serait plus rapprochée de la partie inférieure que de la partie supérieure de la lettre. Les deux couvercles vagi-

nal et rectal qui résultent du dédoublement de la cloison recto-vaginale quand ils sont, l'un soulevé, l'autre abaissé, forment une surface quadrilatère au fond de laquelle est le bord de la cloison laissé intact ; latéralement, ces deux petits couvercles viennent prendre attache au niveau des parties molles épaisses qu'il va falloir diviser en suivant les incisions cutanées en H pour achever l'avivement.

Tait fait la suture au crin de Florence.

Toutes les sutures aboutissent au périnée ; aucune n'est nouée dans le vagin ni dans le rectum (1).

M. le professeur Pozzi a modifié le procédé de Tait. Il dédouble lui aussi la cloison recto-vaginale, mais il va très haut. « Pendant toute cette dissection, dit-il, je me guide sur l'index gauche maintenu dans le rectum. En effet, il serait sans cela presque impossible d'éviter la blessure de l'intestin que je mobilise très haut lorsqu'il s'agit d'une rupture complète, de manière à pouvoir abaisser la déchirure rectale, assez bas pour que celle-ci soient à l'extérieur.

Cette grande étendue de dédoublement et de l'abaissement du rectum dans le cas de rupture complète constitue un des premiers points sur lesquels j'ai modifié le procédé de Tait. Je me sépare aussi de lui pour le mode de suture. Il importe que la coaptation soit très exacte, sans espaces morts pouvant donner lieu à l'accumulation de liquide et compromettre la réunion. J'atteins ce but en combinant une suture d'af-

1. Pozzi, *Traité de gynécologie clin. et opér.*

frontement réalisée par un surjet au catgut à plans superposés et une suture de soutènement constituée par des fils d'argent profonds. Je commence par passer ceux-ci.

Une anse de soie sert à entraîner successivement trois anses de fils d'argent forts qui pénètrent et sortent à un demi centimètre des bords de la plaie, après avoir cheminé sous toute l'étendue de l'avivement. Leur partie moyenne correspond à la partie profonde du dédoublement, au niveau et au voisinage du point où le rectum et le vagin sont séparés l'un de l'autre. Je passe ces fils, au nombre de deux ou trois, soit avec une très grande aiguille de Hagedorn demi courbe, soit avec une aiguille à manche. Une anse du fil est libre du côté droit de la plaie tandis que le chef double la dépasse à gauche. Avant de les serrer, il faut faire la suture à plans superposés (au catgut) du fond de la plaie, puis la suture de la peau avec un surjet spécial de catgut ou des points séparés de crin de Florence. Ce n'est qu'alors qu'on place un rouleau de gaze iodoformée dans l'anse du fil d'un côté et entre les chefs de l'autre et qu'on tord ces derniers après avoir opéré une certaine traction. J'ai l'habitude d'écraser un grain de plomb percé sur les chefs des fils de manière à émousser leur pointe ».

Le pansement est fait à la gaze iodoformée et à la poudre d'iodoforme mélangée de quatre parties de sous-nitrate de bismuth.

Les fils profonds sont retirés du huitième au dixième jour.

M. Doléris prend à chaque procédé ce qu'il a de bon ou plutôt de meilleur et il combine, en les simplifiant, l'avivement de Tait à la suture d'Emmet.

De plus, pour ne pas avoir de sutures du côté du rectum, après avoir dedoublé la cloison recto-vaginale autant que cela paraît nécessaire, il abaisse le rectum et fixe le bout anal postérieur à la plaie cutanée par deux points latéraux.

Ce dernier procédé réussit presque toujours si l'on a soin de faire suivre, après l'opération, une hygiène bien comprise à la malade.

Hygiène post-opératoire.

Voici la conduite à tenir que recommande M. le professeur Pozzi : « Faut-il constiper les malades pendant plusieurs jours ? Il y a des inconvénients. Le mieux est de maintenir les opérées à la diète lactée durant la première semaine et de les purger légèrement le 5^e jour. Après une ou deux selles, cesser toute purgation, et si l'effet simplement laxatif était dépassé, on administrerait même de l'opium. De nouvelles évacuations seront provoquées quatre jours après. Si la malade est tourmentée par des gaz, on introduira dans l'anus plusieurs fois par jour avec précaution une sonde molle en gomme à une profondeur de six ou huit centimètres.

Les jambes seront maintenues rapprochées et légèrement liées. On ne permettra pas à la femme de s'asseoir avant trois semaines (1) ».

1. Pozzi. *Traité de gynécologie*.

Albutt et Playfair s'expriment ainsi : « Il n'y a pas d'opération, qui, mis de côté la dextérité manuelle, réclame plus de sollicitude dans les préparatifs et dans le traitement post-opératoire que la périnéorrhaphie. Voici en quoi consiste le traitement post-opératoire : on ne doit donner ni opium, ni alcool. Si des vomissements surviennent après l'anesthésie, la garde doit soutenir le périnée avec la paume de la main, à plat, par dessus le pansement. Le cathétérisme est nécessaire toutes les six heures. Il faut prendre grand soin d'éviter la filtration de l'urine sur la plaie. La sonde dans l'intervalle doit être maintenue aseptique dans une solution de sublimé à 4 p. 1000. Quelques auteurs insistent pour qu'on laisse uriner la patiente à partir du début à moins que la vessie ne soit infectée par l'usage du catheter. Aucune nourriture n'est nécessaire au moins pendant douze heures : une cuillerée à thé de lait de temps à autre. La diète liquide doit être administrée pendant vingt-quatre heures, après l'opération : du gruau, pain, lait, peuvent être donnés le 2^e et le 3^e jour.

Un purgatif semblable à celui qu'on a donné avant l'opération :

Extrait d'aloès.

Extrait de Cascara sagrada.

Extrait de belladone.

doit être donné le soir du troisième jour ou bien plus tôt. Quelques opérateurs donnent un lavement dans les vingt-quatre heures. L'Huile de castor est employée. Elle est souvent refusée par la malade. Une méthode

très efficace est la suivante : donner une cuillère à thé de solution saturée de sel d'Epsom toutes les demi-heures jusqu'à effet. La sortie des gaz doit être facilitée par l'introduction d'une sonde dans le rectum ; on aura soin de la diriger soigneusement contre la paroi rectale postérieure pendant l'introduction. Si, avant que le mouvement intestinal survienne, la malade a la sensation d'une scybale dans le rectum, une petite quantité d'huile d'olive sera injectée dans le rectum à travers une sonde d'homme n° 8.

Après la défécation, le rectum sera lavé avec une solution d'acide borique pour éviter l'infection des sutures rectales. Il était autrefois coutume de laisser l'intestin tranquille jusqu'au sixième ou septième jour ; mais l'expérience a montré que les scybales déchirent les tissus de cicatrisation récente. L'objectif du plus moderne traitement est d'obtenir de bonne heure des évacuations, mais liquides.

Pas d'injections antiseptiques vaginales, mais, deux fois par jour, les parties génitales externes seront lavées avec une solution de sublimé à 1 p. 4000 et la mèche de gaze fréquemment changée » (1).

Pour nous, nous trouvons très rationnel le traitement post-opératoire tel que le pratique M. Doléris.

Nous l'avons déjà exposé quand nous avons traité la question de la périnéorrhaphie immédiate primitive. Nous n'y reviendrons pas. Nous ferons seulement observer combien cet auteur insiste sur la purgation

1. Albutt et Flayfair. *Système of Gynecology* page 747 et suiv. édit. 1896.

pour ainsi dire continuelle, sur la nécessité d'avoir toujours un rectum libre. Le deuxième jour, il administre une purgation et, tous les matins, un léger laxatif (un verre à Bordeaux d'Eau de Sedlitz ou une cuillerée à café de magnésie anglaise. Le sixième jour il ordonne une nouvelle purgation. Toutes les causes d'infection ou de traumatisme du côté du rectum se trouvent de la sorte empêchées.

La périnéorrhaphie tardive, bien faite et suivie d'une hygiène bien comprise réussit presque toujours. Mais elle doit être considérée comme un procédé de nécessité, étant données la difficulté de l'avivement et l'impotence dans laquelle se trouve fatalement la femme pendant les 6 mois qui précèdent l'intervention.

Que de désordres peuvent se produire pendant 6 mois chez une femme qui n'a pas de périnée ! Les organes génitaux n'ayant plus leur soutien naturel, obéissent aux lois de la pesanteur : ils tombent. Les colonnes du vagin ne tardent pas à s'affaïsser ; elles peuvent faire saillie hors de la vulve. La muqueuse vaginale herniée amène à sa suite, d'une part le rectum, de l'autre la vessie, qui lui sont accolés, et on a la rectocèle et la cystocèle. L'utérus s'abaisse également, et peut même dans certains cas, dépasser l'anneau vulvaire. Il peut aussi changer de direction, basculer en arrière, se rétrofléchir.

A ces troubles physiques se joignent des troubles fonctionnels d'une très grande importance : ce sont des douleurs, des tiraillements, des sensations de pesanteur dans le bas ventre, et, chose plus pénible

encore, l'incontinence des matières fécales et des gaz.

« Sans doute, dit Roux, les matières fécales peuvent séjourner quelque temps dans le rectum, quand elles y arrivent avec une certaine consistance ; mais sont-elles molles, le besoin de les rendre se produit à chaque instant. Il est vif, pressant, et si elles sont encore à un état plus voisin de l'état liquide, elles s'échappent involontairement, inondent le vagin et toutes les parties voisines.

Les femmes qui sont en proie à une telle infirmité, sont presque toutes obligées de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe, à leurs habitudes ; elles tombent dans une profonde tristesse ; presque toujours leur santé s'altère ; elles perdent leur fraîcheur, je ne connais pas de situation plus digne de pitié ».

Toutes ces considérations ne sont-elles pas faites pour nous engager à repousser la périnéorrhaphie tardive s'il est possible d'agir plus tôt ? Et entre la périnéorrhaphie immédiate primitive et l'intervention tardive n'y aurait-il pas place pour une autre intervention ?

Nous pouvons répondre par l'affirmative et ici se place la périnéorrhaphie secondaire que certains chirurgiens ont appelée immédiate secondaire. Nous allons discuter la valeur de cette intervention.

CHAPITRE IV

La Périnéorrhaphie secondaire.

1° La périnéorrhaphie primitive a échoué pour une raison ou pour une autre.

2° Le médecin n'est appelé que le troisième ou le quatrième jour, c'est-à-dire trop tard pour pratiquer sa réunion immédiate.

3° On constate, au moment de l'accouchement ou immédiatement après, une infection génitale.

4° Le mauvais état général de la femme: albuminurie grave, éclampsie, affection urinaire ont contre-indiqué l'intervention immédiate.

Que faut-il faire ? Doit-on pratiquer la périnéorrhaphie secondaire, c'est à dire doit-on tenter une intervention dans le premier mois qui suit l'accouchement.

Doit-on, au contraire, attendre six mois pour opérer ?

Les avis sont partagés.

Tillaux dit, dans son traité d'Anatomie topographique :

« Si la suture n'a pas été faite aussitôt après l'accouchement, ou si elle n'a pas réussi, à quel moment faut-il intervenir ?

Il est difficile de fixer une époque précise, mais il importe de savoir, qu'il faut attendre un certain temps et ne pas céder à l'impatience légitime de certaines femmes. Il convient de **temporiser** plusieurs mois jusqu'à ce que la femme soit complètement rétablie : car, non seulement il ne faut pas opérer pendant la période puerpérale mais il est utile d'attendre que tout travail de restauration naturelle soit achevé ».

M. le Professeur Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, émet une opinion semblable. « Je crois, dit-il, qu'il y a plus d'inconvénients que d'avantages à ne pas attendre que les parties soient décongestionnées et que la femme soit mieux en état de supporter une opération ».

Hégar et Kaltenbach (1) ne sont pas partisans de l'intervention pendant la période puerpérale, car alors, disent-ils, « la plaie est recouverte de granulations et protégée contre l'hémorrhagie et l'infection ». Ils ont observé des accidents pyémiques graves et mortels après des opérations pratiquées du 8^e au 10^e jour des suites de couches. Hégar, se basant sur une statistique déplorable de Hepner, conclut qu'il faut attendre. Hepner opéra dans un cas 12 jours après l'accouchement ; résultat : mort au bout de 10 jours par suite de fièvre puerpérale septique. Dans un autre cas, il pratiqua la périnéorrhaphie 23 jours après l'accouchement. Résultat : mort au bout de trois semaines avec érysipèle.

1. *Traité de Gynécologie opératoire*, traduit par Bar.

À côté de ces auteurs, qui repoussent l'intervention immédiate secondaire, il en est qui la préconisent.

En 1885, Verneuil conseillait de détruire les bourgeons au thermo-cautère et de pratiquer la suture à la chute des escharres.

Legueu s'exprime ainsi : Une déchirure s'est produite au moment de l'accouchement ; elle n'est pas restaurée immédiatement, peut-on, au bout de 15 ou 20 jours, tenter une réunion immédiate ?

Trélat, Heideareich préfèrent attendre. Pajot, Tarnier, Guéniot de même espèrent la restauration spontanée ; d'autres opèrent de suite. Tant que les parties avivées ne sont pas cicatrisées, il est temps encore de bien faire et d'obtenir la restauration par suture secondaire.

On gratte les surfaces à la curette, on détruit les bourgeons charnus, on réveille ainsi la vitalité endormie de cette surface cruentée et on place les sutures. Les succès de cette pratique sont nombreux. A procéder ainsi, il n'est, en effet, que des avantages : l'écartement des tissus est moindre, la réparation des tissus s'exécute sans excisions, sans résections ; les surfaces non déformées s'appliquent plus exactement et si la réunion échoue, rien n'est perdu ».

En 1892, Barbier dans sa thèse émettait la même opinion. « La conduite à tenir en pareil cas me semble tout indiquée. Si l'état de l'accouchée est satisfaisant, si elle ne présente pas des symptômes fébriles, sitôt qu'on sera bien assuré que les lèvres de la plaie n'ont nullement l'apparence de vouloir se réunir, qu'elles

paraissent se cicatriser isolément, on les avivera dans toute leur étendue et on les suturera comme on avait fait dès le début.

Rarement on aura un second insuccès ».

Kolmogoroff (1) ne pense pas autrement. Voici les conclusions auxquelles cet auteur est amené :

1° « Il n'y a pas lieu d'attendre la période post-puerpérale pour pratiquer la périnéorrhaphie si la suture n'a pas été faite les premières heures après l'accouchement.

2° Si les points de suture du périnée ont été enlevés sans que la réunion de la plaie se fut encore faite il faut pratiquer une nouvelle périnéorrhaphie sans attendre la cicatrisation.

3° L'ablation des granulations par curettage, l'application de points de suture et même le rétablissement du périnée, rupturé pendant l'accouchement antérieur, ne présentent pas de danger pour la malade si l'intervention a été pratiquée au cours de la période indiquée.

4° On obtient d'excellents résultats avec la périnéorrhaphie immédiate secondaire pratiquée entre le 2 et le 20^e jour après l'accouchement ».

Moynac (2) est également partisan de la réunion immédiate secondaire si l'intervention primitive vient à échouer.

Teillier de Lyon est encore plus explicite.

« Pour notre part, dit-il nous serions plutôt tenté

1. Wratsch, 1898, n° 9.

2. *Eléments de Pathologie et de Clinique chirurgicales.*

de ne pratiquer l'opération immédiate que si nous nous trouvons dans des conditions tout à fait favorables et de la retarder pour peu que nous y voyions des difficultés ».

Il conseille pourtant de ne pas opérer plus tard que quatre semaines après l'accouchement. Si, dans ce laps de temps, les conditions de l'intervention ne sont pas favorables il est d'avis d'attendre 6 mois.

A l'appui de sa thèse, le même auteur rapporte quatre cas dans lesquels par l'intervention immédiate secondaire il a obtenu un succès complet.

Dolérís est d'un avis absolument identique. Pour lui, le succès dans ces cas est presque certain.

Que penser de ces deux opinions si opposées ? Vaut-il mieux attendre ? Est-il préférable d'intervenir ?

Puisque la périnéorrhaphie immédiate secondaire donne de bons résultats, il est croyons-nous du devoir du chirurgien d'intervenir et de ne pas laisser la femme à son infirmité.

Les adversaires de l'intervention invoquent comme raison de leur abstention l'état puerpéral.

Nous avons déjà dit que ce n'est pas une contre-indication à l'intervention primitive et nous en avons donné les raisons nous basant sur les paroles de M. Dolérís. Pourquoi cet état puerpéral contre-indiquerait-il davantage une intervention secondaire ?

La femme a-t-elle à subir un traumatisme opératoire au-dessus de ses forces ? Nullement.

Les lochies ne peuvent plus être données comme une

1. *Société nationale de médecine de Lyon*, mars 1895.

raison en faveur de l'abstention car si elles n'ont pas totalement disparu, leur écoulement a bien diminué d'intensité quand on pratique l'intervention immédiate secondaire.

Il n'est qu'une seule contre-indication à la réunion secondaire, c'est l'infection. En cas d'infection il faut s'abstenir; c'est rationnel.

Et combien sont nombreuses les conditions qui militent en faveur de la périnéorrhaphie immédiate secondaire : il faudrait énumérer ici tous les avantages dont bénéficient le chirurgien et la malade. Ce sont les mêmes que nous avons mentionnés quand nous avons montré l'importance de l'intervention primitive.

L'opérateur retrouve encore ici des tissus souples. Un mois après l'accouchement, le tissu fibreux ne les a pas encore envahis; les lambeaux sont malléables, faciles à coapter après un léger avivement.

Ils sont encore très vivaces et la circulation s'y fait d'une façon active.

Les bords de la plaie ont bourgeonné; l'avivement se trouve dessiné par les parties bourgeonnantes. Cet avivement sera donc facile, et il suffira de quelques incisions sur ces bourgeons pour avoir une surface d'affrontement bien rectiligne.

Nous ne rencontrons pas ici les difficultés que nous avons signalées à propos de la périnéorrhaphie tardive. Pas de rétractions, pas de tractus fibreux, pas de bandes cicatricielles pouvant gêner la mobilisation des lambeaux.

Les œdèmes et les infiltrations ont disparu. Les tis-

sus qui, le premier jour, étaient menacés de sphacèle sont redevenus normaux ou ont subi la mortification, et, dans ce dernier cas, rien n'est plus facile que de les enlever au bistouri.

L'opérateur a donc en sa présence des tissus francs, si nous pouvons nous exprimer ainsi ; c'est-à-dire que tout ce qui était douteux au point de vue de la vitalité immédiatement après l'accouchement ne l'est plus en ce moment. Les tissus sont donc bien nets, plus de crainte de sphacèle possible après l'intervention.

Mais il est un autre avantage très important : c'est que le chirurgien bénéficie du post-partum en pratiquant la périnéorrhaphie secondaire.

La femme n'est plus sous le coup du traumatisme causé par l'accouchement : elle est remise de la fatigue et des douleurs qu'elle a éprouvées. Ce n'est même plus la blessée chez qui on intervient au moment de l'accident.

Les organes génitaux externes et les organes génitaux internes ne sont plus congestionnés comme au moment de l'accouchement.

La vulve et le vagin tendent à redevenir ce qu'ils étaient avant la grossesse.

L'utérus est en pleine régression.

Le douzième jour après l'accouchement, le col de l'utérus ne présente plus qu'une longueur de 3 centimètres. Il se reforme peu à peu et sa consistance devient plus ferme : l'arbre de vie va bientôt être reconstitué.

Le quatorzième jour, l'orifice interne est reformé et c'est à peine si on peut faire pénétrer l'extrémité de l'index dans la cavité cervicale.

Le corps de l'utérus, après être passé pendant quelques jours, par des périodes alternatives de contraction et de relâchement ne tarde pas à reprendre à peu près le volume qu'il avait avant la grossesse.

Le deuxième jour, il se trouve à hauteur de l'ombilic.

Le cinquième et sixième jour, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; vers le neuvième jour, à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; et le douzième jour, environ, il se trouve au ras de la symphyse du pubis.

Pendant que s'opéraient ces modifications dans le volume de l'organe, il s'en faisait de semblables dans sa consistance qui tendait à redevenir normale.

A mesure que l'utérus se rétracte, la muqueuse se reproduit et à la quatrième semaine le revêtement épithélial peut être complet.

Les lochies, nous l'avons dit, diminuent progressivement pour disparaître le huitième jour environ. Elles n'auront plus l'inconvénient de mouiller les parties destinées à être maintenues en contact.

L'opérateur se trouve donc dans d'excellentes conditions pour intervenir : lambeaux souples, pleins de vitalité, femme en bon état, organes génitaux en partie décongestionnés.

Technique. — L'utilité de la réunion secondaire

nous semble donc démontrée. Mais par quel procédé faut-il la pratiquer ?

Accepterons-nous le procédé de Verneuil, et détruirons-nous les bourgeons au thermocautère pour pratiquer l'avivement nécessaire ?

Non, cette pratique n'est pas bonne, et M. Doléris n'hésite pas à la qualifier d'erreur chirurgicale.

Que nous donnera en effet le thermocautère ? Une escharre. C'est-à-dire une perte de substance par mortification des tissus, perte de substance dont nous pouvons difficilement déterminer les limites à l'avance.

Notre ligne de réunion ne sera donc pas nette à la chute de l'escharre et au lieu d'avoir un dessin d'avivement rectiligne nous aurons à réunir deux bords plus ou moins irréguliers et déchiquetés.

De plus, quelle sera la vitalité du tissu qui restera à la base de l'escharre ? Douteuse peut-être, faible certainement et elle n'égale jamais la vitalité d'un tissu avivé au bistouri.

Ferons-nous, comme la plupart des chirurgiens actuels, le grattage des bourgeons charnus à l'aide de la curette ?

Ce procédé est de beaucoup supérieur au précédent il est vrai. Il a l'avantage de permettre à l'opérateur de se rendre compte de la quantité de tissus qu'il détruit. Les lambeaux, par cette opération, ne risquent rien au point de vue de leur vitalité. Mais nous reprocherons à ce procédé de ne pas donner une ligne bien nette d'avivement, un dessin rectiligne et de lais-

ser du tissu en voie d'organisation fibreuse ou des bourgeons pâles, peu vivaces.

Pour nous, nous basant sur les bons résultats obtenus par M. Doléris nous préférons faire l'avivement au bistouri. La ligne de réunion est plus nette et on se rend sûrement mieux compte de la valeur des tissus.

La technique est celle dont nous avons donné la description à propos de la périnéorrhaphie tardive. On fait l'avivement classique au bistouri. Il faut détruire tout ce qui est bourgeonnant en ayant soin pourtant de perdre le moins de tissu possible. On décollera par de larges et profondes incisions, chacun des bords de la plaie d'avivement; on augmentera ainsi la quantité de surfaces à coapter. Le dessin sera linéaire, régulier et limité par de la peau ou de la muqueuse saines.

Il faut dédoubler la cloison recto-vaginale dans l'étendue qu'on jugera nécessaire; puis abaissant le rectum, on amènera la muqueuse au contact de la peau. Toute suture rectale est ainsi évitée.

La suture sera pratiquée d'après le procédé d'Emmet à l'aide de crins ou de fils d'argent.

Le plan superficiel de la muqueuse vaginale sera suturé avec de la soie.

La suture ano-périnéale sera faite avec des crins et comprendra un ou deux fils latéraux.

Le traitement post-opératoire ne différera en rien de celui dont nous avons déjà formé la description.

Cette méthode est simple. La périnéorrhaphie, secon-

daire a une importance considerable et les succès qu'elle donne sont nombreux.

Il faut donc considérer cette opération comme devant suivre la périnéorrhaphie immédiate si celle-ci a échoué et comme supérieure à l'opération tardive si la périnéorrhaphie immédiate n'a pas pu être faite.

OBSERVATION I (Dolérís)

« Fistule vésico-vaginale opérée par Péan en 1884. Grossesse en 1887. Accouchement à terme le 8 mai 1888, expulsion lente, déchirure complète du périnée et de la cloison vésico-vaginale, réouverture de la fistule. Périnéorrhaphie immédiate, cure de la fistule. Echec de la périnéorrhaphie. Restauration secondaire du périnée le vingt-quatrième jour après l'accouchement.

M^e F..., 38 ans. Deux grossesses, application de forceps à la première ; production d'une fistule vésico-vaginale qui n'est réparée qu'après le second accouchement, en 1884 par Péan. Nouvelle grossesse à la fin de 1887. L'examen fait constater un vagin étroit. La région postérieure de l'urèthre et la paroi du vagin répondant au col vésical sont le siège d'une cicatrice large, résistante, étoilée. Le périnée a été fortement entamé lors des accouchements précédents, colpocèle postérieure.

Accouchement à terme à domicile, le 8 mai 1888, à 7 heures du soir. Deux heures d'expulsion ; enfant de 3 900 grammes. Le périnée est rompu de bout à fond.

Le lendemain matin on constate que de l'urine s'écoule continuellement par la fistule ouverte : à deux heures, avivement des bords de la fistule et suture au catgut. Périnéorrhaphie au catgut par le moyen des sutures continues en étages.

Pendant trois jours les parties coaptées restent soli-

des. Le quatrième jour, de l'urine filtre en petite quantité et mouille constamment le périnée, en même temps que les lochies prennent un peu d'odeur. Peu à peu, par l'effet de l'imbibition, d'une aseptie insuffisamment faite dans ce milieu malpropre, et de la nécessité des lavages vaginaux, le périnée se désunit et les sutures au catgut cèdent. On laisse le périnée en l'état et on continue les lavages vaginaux. L'écoulement de l'urine persiste jusqu'au 19^e jour et se tarit spontanément; la fistule est refermée. Incontinence des matières fécales. Les lochies ont cessé depuis le douzième jour.

Le 2 juin. — 24 jours après l'accouchement périnéorraphie nouvelle après avivement au bistouri et rafraîchissement de la plaie : l'avivement est complété largement du côté du vagin pour remédier à la colpocèle.

Sutures à la soie sur le vagin et sur le périnée. Quelques fils périnéaux qui commencent à couper les tissus sont enlevés le huitième jour, on enlève les autres le dixième et le onzième jour. Restauration complète de la région périnéo-vaginale, périnée solide et épais. La fistule vésicale est restée définitivement tarie.

OBSERVATION II (M. Doléris).

Périnéorrhaphie le 10^e jour après l'accouchement.

En juin 1887, je suis appelé par le Dr Vicente de Clichy pour une accouchée du quartier qui était affectée d'une rupture complète du périnée, produite par une application de forceps et réparée immédiatement mais sans succès.

La désunion s'était produite dès les premiers jours après l'opération. Les surfaces traumatisées végétaient abondamment, l'incontinence des matières était continuelle. Opération avec l'aide des Drs Vicente, Bonnet et Godet. Destruction des végétations aux ciseaux, avivement régularisé au bistouri. Suture à la soie. Guérison parfaite.

OBSERVATION III (M. Doléris).

Périnéorrhaphie immédiate secondaire le 6^e jour après l'accouchement.

Le même jour, j'étais appelé par la même sage-femme qui avait assisté la précédente opérée, pour restaurer le périnée d'une femme entièrement rompu depuis 6 jours, et qui n'avait subi aucune tentative de restauration.

L'opération eut lieu immédiatement après celle de la femme de l'observation II. Même technique. Même bon résultat.

OBSERVATIONS IV, V, VI (Doléris).

Je retrouve trois notes relatives à trois femmes opérées dans de semblables conditions le 6^e et le 7^e jour après l'accouchement chez des sages-femmes agréées de mon service qui avaient négligé de me prévenir et dont l'une avait tenté de me dissimuler la lésion causée par sa négligence. Ruptures complètes. Plaies irrégulières plus ou moins infectées, bourgeonnantes. Désinfection, abrasion et avivement. Sutures à la soie. Résultat parfait.

OBSERVATION VII (Doléris)

Mme B..., 25 ans, habitant Somorrostro, Espagne, m'est amenée par son mari, sur les conseils de mon maître, le chirurgien Périer, vers le commencement du mois de mars 1889. Elle est enceinte et près de son terme : l'accouchement est prévu pour la fin du mois et on désire m'en charger.

Voici, le point intéressant de l'histoire de cette malade. Elle a accouché pour la première fois en 1887, assez malheureusement pour qu'une assez large déchirure du vagin se soit produite. Cette déchirure occupait le côté droit de la colonne postérieure et venait aboutir à l'angle postérieur du périnée qui était entamé. Il s'ensuivit une fistule vaginale qui fut opérée plus tard par le Dr Périer, et c'est en prévision de quelque nouveau danger que la malade m'est confiée.

A l'examen on voit la trace de la cicatrice vaginale, tendue et formant bride ; le conduit vaginal est rétréci en ce point. L'enfant paraît assez volumineux ; présentation normale du sommet en G. A.

L'accouchement eut lieu le 30 mars, sans grande difficulté ; mais au moment de l'expulsion de la tête, le vagin céda et la cicatrice se rompit entraînant la rupture complète du périnée.

L'enfant était volumineux et bien vivant.

J'ai réparé la lésion immédiatement, ce à quoi j'étais d'ailleurs préparé. En pratiquant l'opération et tout en rafraîchissant les tissus régulièrement divisés, je consta-

tai que le vagin était cicatriciel sur une étendue de plusieurs centimètres, ce qui ne laissa pas que de rendre assez difficile l'approche des bords de la déchirure qui se rétractaient en dehors. Je mis beaucoup d'attention à libérer ces cicatrices par de larges et profondes incisions longitudinales de chaque côté. Le rapprochement du périnée divisé fut opéré comme d'habitude.

Pendant les cinq premiers jours, tout sembla marcher régulièrement. Le sixième jour, je constatai l'issue d'un peu de liquide du rectum vers le vagin.

Un lavement donné à ce moment rendit la communication évidente. Le pertuis siégeait exactement derrière le périnée laissant intacte la suture de trois à quatre centimètres de cloison que j'avais réparée minutieusement.

Le 7^e jour, le périnée tendait à se désunir et il devint évident pour moi que la coaptation était désormais ratée. Je n'hésitai pas à faire sauter les points et à ordonner une antiseptie sévère sur les plaies. Il y avait en effet quelques points de sphacèle et un peu d'infiltration.

Quatre jours plus tard la plaie bourgeonnait vivement et paraissait complètement détergée. Les sutures de la cloison n'avaient point cédé et de ce côté j'avais toute sécurité. Je décidai une nouvelle et immédiate intervention. La malade étant endormie, à l'aide du bistouri je dessinai nettement les lignes de l'avivement en dépassant de quelques millimètres les bords de la plaie bourgeonnante. En dedans de ces traits au bistouri, je détachai soigneusement avec des ciseaux courbes toute la surface bourgeonnante de façon à laisser des tissus rafrâchis et cruentés. J'empiétai un peu du côté du vagin comme s'il

se fut agit d'une colporrhaphie peu étendue, en arrêtant l'avivement au niveau du dernier fil placé sur la cloison recto-vaginale. Je suturai le périnée avec quatre crins de Florence. Les bords de la muqueuse vaginale furent réunis avec six points à la soie qui furent placés avant les sutures périnéales, mais qui ne furent serrés qu'en dernier lieu, une fois les fils périnéaux solidement liés eux-mêmes.

La guérison fut parfaite et dix-neuf jours plus tard Mme B..., quittait Paris complètement rétablie.

N. B. — Dans ce cas j'estime que l'échec fut dû à l'insuffisance de l'avivement de la cloison sur la partie, la moins vasculaire, ce à quoi je pourvus dans la deuxième tentative, en avivant une plus large surface de chaque côté de la ligne médiane du vagin en arrière du périnée. Ce principe de pousser loin l'avivement vaginal, dans les cas de ruptures complètes, je l'ai adopté dans la suite et m'en suis bien trouvé. Ce faisant la périnéorrhaphie devient une colpo-périnéorrhaphie véritable. Et c'est la meilleure pratique qu'il en soit ainsi.

OBSERVATION VIII (Doléris)

Madame S... est accouchée le 6 mai 1891 par le Docteur F.... Rupture complète du périnée.

Tentative de restauration immédiate par le Dr J. W.... appelé en consultation par le Dr S... L'opération échoue et le Dr Doléris est appelé près de la malade neuf jours après la première opération.

Les tissus sont saignants et bourgeonnants ; on a entre-
tenu une asepsie rigoureuse de la plaie par des irrigations
fréquentes et des tamponnements de gaze antiseptique.
Incontinence des matières fécales.

L'opération immédiate secondaire est pratiquée après
abrasion de la surface cruentée au moyen de ciseaux cour-
bes et rectification au bistouri des lignes extérieures limi-
tant la surface à affronter. L'avivement est effectué soî-
gneusement sur tous les points ; une fois l'abrasion opé-
rée, il ne reste rien des tissus de granulation appartenant
à la surface bourgeonnante : le champ d'avivement est
constitué par les tissus sous-jacents, frais et bien vascu-
laires.

Chaque ligne extérieure de l'avivement est complétée
en dedans par un trait oblique au bistouri pénétrant à un
centimètre environ en dehors des traits linéaires limitant
la plaie ; de sorte que chacun de ceux-ci est converti en
une lèvre épaisse destinée à se relever et à augmenter la
surface d'affrontement au moment du serrage des fils.

Sutures profondes au crin de Florence. Elles sont con-
duites obliquement de bas en haut suivant le procédé
d'Emmet. Suture vaginale à la soie moyenne.

Ablation des fils le 12^e jour : réunion parfaite.

OBSERVATION IX (Doléris)

Rupture ancienne du périnée. Périnéorrhaphie pratiquée inten-
tionnellement pendant la période puerpérale à la suite du 5^e
accouchement.

Mme P., de Roubaix, vient me consulter en janvier 1898

sur les conseils du Dr Bernard. Elle était enceinte de quatre mois environ et, depuis longtemps déjà, était affectée d'une déchirure complète du périnée qui rendait l'incontinence des matières presque absolue ; mais depuis quelque temps cette infirmité s'aggravait au fur et à mesure du progrès de la grossesse.

Je conseillai de pratiquer la restauration du périnée aussitôt l'accouchement effectué, c'est-à-dire quinze jours après environ. Instruit par les faits du passé, j'estimai que l'opération gagnerait à être faite pendant la période puerpérale, c'est-à-dire avant l'involution des tissus périnéaux et vulvaires, d'autant que les travées cicatricielles étaient nombreuses et profondes au niveau du traumatisme.

Je demandai des renseignements en attendant, au médecin qui avait assisté Madame P. antérieurement.

Je recevais de lui de lui le 21 juin la lettre suivante :

« Mon cher maître,

« Madame C. P. est accouchée le 5 juin à minuit. Les
« suites sont bonnes. Elle doit incessamment aller vous
« voir à Paris pour s'y faire refaire un périnée. Je l'ai
« accouchée en 1889, couche lente, périnée très résistant,
« rupture complète jusque et y compris le sphincter
« externe jusqu'à la cloison. J'étais malade, et je ne révis
« mon accouchée que six jours après ; et longtemps après
« seulement j'ai connu cet accident. L'accouchement s'était
« terminé par un forceps à la vulve. Depuis, elle a accou-
« ché cinq fois encore ; le travail dure quelques minutes
« et il n'y a plus de temps d'attente, vous le devinez, au
« périnée. Elle a tous les inconvénients de la déchirure

« complète qu'à cette époque d'ailleurs, je ne savais pas
« réparer illico comme aujourd'hui, nos maîtres nous
« l'ayant moins appris.

« Vous avez donc à faire une restauration complète.
« La malade est très impressionnable et il faudra lui mas-
« quer la douleur et les instruments. « Elle craint des
embolies, des syncopes etc., etc. Vous voilà édifié à ce
« sujet. Si vous avez besoin de tout autre renseignement,
« je vous le donnerai volontiers.

Recevez, mon cher Maître...

D^r BERNARD.

« Il y a, dit Pajot, des périnées fatalement voués à la
« déchéance c'est un argument consolant. La périnéorrhaphie
« phie immédiate que l'on pratique aujourd'hui supprime
« heureusement cet ennui ».

L'opération fut pratiquée le 7 juillet, c'est-à-dire trente-deux jours après l'accouchement. Colpocèle et utérus manifestement prolabé. Grâce à la laxité des tissus, l'avivement fut aisément conduit de façon à ne créer point de pertes de substances sensibles et sans qu'il fût nécessaire d'intéresser la peau de la région avoisinant la vulve.

Les traits ultérieurs de l'avivement furent tenus, en bas et en arrière, dans la ligne limithrophe de la muqueuse et du tégument cutané.

Du côté du vagin, avivement profond dessinant la figure ordinaire de la colpopérinéorrhaphie ; dédoublement de la cloison sur une longueur de plusieurs centimètres.

Sutures vaginales à la soie. Sutures périnéales au crin de Florence.

Les fils sont enlevés le 10^e et le 12^e jour.

Guérison régulière, sauf un point de suppuration sur le trajet d'un fil.

Le sphincter est efficace et tous les troubles de collapsus et d'incontinence rectale disparaissent.

OBSERVATION X (Doléris)

Rupture complète du périnée. Périnéorrhaphie immédiate. Infection de la plaie; échec. Périnéorrhaphie le 4^e jour après l'accouchement : suture continue en étages au catgut : surjet profond et superficiel. Guérison.

D., domestique, 26 ans, entre à la maternité de la Pitié le 1^{er} février 1896. Elle est à terme.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une affection de poitrine.

Antécédents personnels. — O.

Examen de la femme. — Le col présente une dilatation d'une grande paume de main à 8 heures du matin.

A 9 heures elle est complète.

Le fœtus est en OIGA.

Après 10 heures de travail, la modification des bruits du cœur nécessite une application de forceps à la vulve.

L'interne de garde la fait à 2 heures de l'après midi.

Déchirure complète du périnée.

Périnéorrhaphie immédiate avec un plan de sutures et pansement iodoformé.

2 février. — La malade a de la rétention d'urine. On est obligé de la sonder plusieurs fois dans la journée.

3 février. — On sonde de nouveau la malade régulièrement toutes les cinq heures.

4 février. — La température jusqu'alors inférieure à 37°, s'élève le soir à 37°9.

Les lochies sont légèrement fétides.

Issue de gaz par le vagin.

On fait des injections vaginales.

5 février. — Issue de matières fécales par le vagin.

Le toucher permet de constater qu'il n'existe qu'un point cutané maintenu par les sutures.

Au-dessous de la cloison recto-vaginale, on passe du rectum dans le vagin.

7 février. — Nouvelle périnéorrhaphie par M. Doléris.

Enlèvement des sutures qui seules maintiennent rapprochées les deux lèvres cutanées. Il n'y a aucune tendance à la réunion.

Avivement des deux lèvres de la déchirure au bistouri. Abrasion des tissus bourgeonnants et soigneuse désinfection de la plaie. Surjet au catgut en deux plans sur la muqueuse et la paroi rectale.

Suture du vagin, à la soie.

Suture superficielle au crin de Florence.

Pansement iodoformé.

8 février. — La malade va bien. T. 37°1. Mais elle ne peut uriner seule. On est obligé de la sonder.

Les jours suivants, on la sonde également.

10 février. — Purgation, la malade n'allant pas à la selle.

13 février. — La malade va bien.

Ablation d'un crin périnéal, le plus postérieur.

18 février. — Ablation des quatre autres crins.

21 février. — Ablation des trois derniers crins périnéaux antérieurs et des soies vaginales.

La réunion est complète. Le périnée a cinq centimètres et est bien étoffé.

OBSERVATION XI (Doléris)

Mauvais état général pendant la grossesse. Vomissements insupportables. Œdème des membres inférieurs. Albuminurie. Accouchement à terme. Application de forceps. Déchirure complète du périnée. Fistule utéro-vésicale.

Reparation de la fistule le 12^e jour.

Périnéoraphie immédiate secondaire le 18^e jour après l'accouchement.

J., ménagère, 36 ans, entre à la maternité de la Pitié le 20 juillet 1876. Elle est à terme.

Antécédents héréditaires. — Mère, 57 ans, nerveuse probablement épileptique.

Antécédents personnels. — Conjonctivite.

Stigmates nerveux : strabisme convergent. 6 enfants, dont deux morts, l'un à 9 mois de broncho-pneumonie l'autre à 2 mois à la suite de convulsions.

Le mari est atteint de bronchite chronique.

Le 1^{er} enfant était venu par le siège.

Accouchement à la maternité : déchirure du périnée.

La malade ne se rappelle pas si on l'a réparé.

Grossesse actuelle. — Au 5^e mois, la femme avait de l'œdème des jambes. Vomissements et douleurs gastriques. Albumine dans les urines.

A son entrée, le fœtus se présente en OIDA, — dilatation complète. Le travail se prolongeant, et les bruits du

cœur du fœtus étant faibles, on fait une application de forceps. La tête est très grosse. Déchirure complète du périnée. Sphincter externe déchiré. Pas de rupture de la cloison.

Albumine dans les urines. Régime lacté absolu. Suites de couches : Diarrhée, Escharres fessières.

Le 21 T. matin, 38°, 6 soir 38°, 2.

Le 22 — 37°, — 39°,

Le 23 — 37°, 4 — 38°, 5.

Le 24 — 37°, 4 — 38°, 7.

Le 25 — 38°, 5 — 39°, 2.

Le 26 — 37°, 4 — 38°, 8.

Le 27 — 37°, 4 — 39°, 2.

Le 28 — 38°, 3 — 39°, 2.

Le 29 — 37°, 6 — 37°, 2.

Puis, la température redevient normale.

On attribue les escharres à l'élévation de la température.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, la malade ayant de la rétention d'urine, on pratique le cathétérisme.

On devait réparer son périnée le 2 août quand le 1^{er} la malade présenta de l'incontinence d'urine.

Le 2 août. — L'examen sous chloroforme permet de constater une déchirure de la lèvre antérieure du col au fond de laquelle on perçoit une perforation aboutissant à la vessie.

2 août. — 1^o Intervention contre la fistule vésico-utérine par M. Doléris.

Opération. — Avivement des bords de la fistule cervico-vésicale. Suture à la soie : 6 points.

On ne touche pas au périnée, dont la déchirure a facilité l'opération de la fistule, de façon à pouvoir enlever aisément les fils.

7 août. — 2^e Intervention.

Périnéorrhaphie par M. Doléris. On enlève les fils : la fistule est complètement guérie.

La malade qu'on avait sondée pendant les deux premiers jours qui avaient suivi la 1^{re} intervention, urine seule.

Avivement au bistouri des lèvres de la plaie périnéale, après avoir abrasé aux ciseaux tout ce qui est bourgeonnant. Suture au catgut, crins à l'intérieur.

Le 12^e jour, ablation des fils.

La malade, prétextant qu'elle est indispensable chez elle, veut sortir à tout prix le même jour. Elle part. Le périnée est bien reconstitué. Les fils ont un peu coupé les tissus. Il aurait fallu faire, pendant quelques jours encore, des pansements antiseptiques.

Pourtant, il n'y a pas de suppuration. La fistule est bien fermée la malade a été revue plus tard. La guérison de la fistule est complète et la restauration du périnée a donné un résultat parfait.

OBSERVATION XII (Doléris)

Rupture complète, cloison comprise. Mauvais état général : albuminurie. Périnéorrhaphie secondaire, 24 jours après l'accouchement.

Jeanne R..., 25 ans. Entre à la maternité de Boucicaut, le 6 novembre 1899.

Réglée à 16 ans. Depuis bien réglée, Primipare. Vomissements au début de la grossesse. Vers la fin, albuminurie qui cède au régime lacté.

Début des douleurs le 5 novembre à 4 heures du soir.

Douleurs très fortes et très fréquentes. Elles reviennent toutes les 10 minutes.

6 novembre. — La malade est accouchée en ville par une sage-femme. Le travail a duré douze heures environ. L'enfant se présentait par le sommet.

Une hémorrhagie considérable suit l'expulsion du fœtus qui a été rapide.

Le périnée est largement déchiré.

La femme entre à la maternité de Boucicaut. Elle est pâle et profondément anémiée.

7 novembre. — L'examen des organes génitaux ne fait rien constater d'anormal au col de l'utérus.

Le périnée présente une déchirure longitudinale allant de la fourchette à l'anus. Cette déchirure intéresse l'orifice anal dans sa totalité, et la cloison recto-vaginale sur une longueur de 2 cm. 1/2 à 3 cm. Il est probable que depuis le moment où la femme est accouchée les lambeaux de la déchirure se sont notablement rétractés.

Les urines ont été examinées en ville, 15 jours avant l'accouchement. Elles contenaient de l'albumine en quantité considérable ; et malgré la régime lacté exclusif depuis cette époque, le 7 novembre il est permis de constater que cette albuminurie n'a pas cessé.

Les deux jambes sont atteintes d'œdème dur non douloureux, remontant à trois semaines environ. Pas de varices antérieures.

Le jour même de son accouchement, la malade commença à ressentir des douleurs dans le membre inférieur droit, sans localisation précise.

L'état général très faible, l'albuminurie, la menace de phlegmatia et l'aspect même des surfaces périnéales divisées font retarder la périnéorrhaphie.

10 novembre. — Les douleurs disparaissent au niveau de la cuisse et se localisent à la partie postérieure de la jambe droite, au mollet. Ces douleurs sont sourdes, continues. Elles s'exagèrent par la palpation et par les mouvements, elles empêchent le sommeil. On ne remarque pourtant pas de trajet phlébitique. L'albumine persiste, le régime lacté est maintenu.

11 novembre. — Disparition de l'albuminurie.

Un pansement laudanisé est appliqué sur la jambe droite.

15 novembre. — La malade est remise au régime alimentaire habituel. L'œdème de la jambe droite disparaît, mais le pied est notablement parésié.

20 novembre. — La douleur de la jambe a disparu après s'être atténuée d'une façon progressive.

Les mouvements de flexion du pied droit sur la jambe sont abolis, et les mouvements des orteils très diminués.

L'état général de la malade s'améliore progressivement, mais sa faiblesse est encore trop grande pour qu'on songe à réparer la déchirure périnéale.

1^{er} décembre. — Périnéorrhaphie sous chloroforme, par M. Doléris.

Technique opératoire. — Les plaies périnéales ont été

rigoureusement maintenues aseptiques; elles ont bourgeonné régulièrement : quelques points saignants, d'autres rosés et presque recouverts d'épiderme, principalement sur les rebords qui répondent aux plis fessiers. Ces rebords sont irréguliers, et comme dentelés. La cloison vaginale forme un V largement ouvert. L'anus est béant et bordé de veines variqueuses.

Avivement au bistouri et aux ciseaux ; régularisation des bords cutanés et muqueux. Dissection des lèvres de la muqueuse vaginale. Dédoublement des bords de l'avivement par des incisions profondes au bistouri. Libération du rectum et abaissement du bord ano-rectal antérieur. Suture minutieuse de la cloison par des points profonds au crin de Florence et des points superficiels à la soie. Suture du périnée au crin de Florence par la méthode d'Emmet.

Fixation du bord anal au bord correspondant du périnée ; pansement sec. Purgatif tous les deux jours après l'opération.

La malade a été remise au régime lacté depuis le 30 novembre.

8 décembre. — La suture est restée gonflée et douloureuse pendant quelques jours à cause de l'état variqueux de la région. Mais aujourd'hui elle est en bon état. Pas de température.

11 décembre. — Les fils sont enlevés. La réunion s'est opérée régulièrement et sans à coup. Le pied droit se meut toujours très difficilement. Pas de température.

23 décembre. — Départ. La malade examinée présente

une cicatrice en bon état. Trois fils sont retirés du rectum.

La jambe est complètement guérie, le pied mobile et solide.

OBSERVATION XIII (Doléris)

Rupture complète. Mauvais état de la plaie. Albuminurie. Périnéorrhaphie secondaire 12 jours après l'accouchement.

Céline R..., entre à la salle de travail de la Maternité Boucicaut, le 10 février 1901.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents pathologiques.

II pare. Première grossesse arrivée à terme. Enfant vivant nourri au sein, âgé de 2 ans. Suites de couches normales.

Albuminurie au moment du deuxième accouchement.

Quand la femme entre à la Maternité, quatre tentatives d'application de forceps avaient été faites en ville.

La malade est faible mais n'a pas de température.

Examen de la malade. — Vulve dans un état lamentable. Des érosions considérables sont constatées sur les petites lèvres. Les grandes lèvres sont très œdématiées et atteignent le volume d'un petit œuf. Le périnée est profondément déchiré, sauf le sphincter,

Le toucher est très douloureux.

Dilatation complète. L'enfant se présente en OI.D.T. Les bruits du cœur sont bons.

Après une injection de 1 centigr. de cocaïne dans le

canal rachidien, on fait une application de forceps indolo-
lore.

A 2 h. 25 matin. — Extraction d'un enfant pesant 3270
grammes.

Etat de mort apparente. Ranimé au bout de 8 minutes
par insufflations, bains et frictions.

2 h. 40 matin. Délivrance naturelle et complète. Pla-
centa 550 gr.

A la suite de cette application de forceps, la déchirure
du périnée s'est accentuée. Elle est complète et intéresse
le sphincter tout entier. Mais les parties sont tellement
œdématisées, que la réunion immédiate n'est pas possible.

Le soir T. 36°,5. La malade se sent bien ; les grandes
lèvres sont beaucoup moins œdématisées. Injection utérine
et application de vaseline iodoformée sur le col déchiré
sur les parois vaginales, vulvaires et périnéales

Suites de couches. — Pas d'élévation de température
malgré le mauvais état dans lequel la malade était à son
entrée à la Maternité.

Tous les jours, les plaies du col, du vagin et de la
vulve sont pansées soit avec de la glycérine créosotée soit
avec de l'éther iodoformé soit avec de la glycérine iodée.

L'application de tampons enduits de vaseline iodoformée
donne d'excellents résultats. La guérison est complète le
21 février.

Le 23 février. — M. Doléris fait la périnéorrhaphie
secondaire. Analgésie au moyen de l'injection de 1 centi-
gramme de cocaïne dans le rachis.

Avivement. — Les limites de l'avivement sont tracées
au bistouri sur la ligne même qui borde la plaie bourgeon-

nante. Les bourgeons sont détachés avec les ciseaux courbes ou abrasés avec le bistouri à plat.

Les lèvres cutanées et muqueuses de la plaie sont libérées profondément par des incisions complémentaires de façon à pouvoir être soulevées et juxtaposées exactement d'un côté à l'autre par les fils à sutures.

Sutures. Vagin. — Quelques points à la soie plate rapprochent les bords de la muqueuse vaginale.

Périnée. — Cinq points de suture obliques par la méthode d'Emmet avec de forts crins de Florence.

Rectum. — Dédoublement de la cloison recto-vaginale par quelques traits de bistouri transversaux. La paroi antérieure du rectum saisie avec deux pinces de Kocher au niveau du rebord antérieur de l'orifice anal est attirée en bas par un aide, tandis que les fils du périnée sont serrés.

Anus. — Ce même rebord anal est ensuite fixé par deux points au crin de Florence de chaque côté, au bord inférieur du périnée, de sorte que le pourtour muqueux de l'orifice anal semble légèrement hernié.

Suites: Les sutures sont recouvertes de dermatol. Pansements secs durant les jours suivants. On entretient la fonction de l'intestin par des purgatifs réguliers pendant toute la période de cicatrisation.

Les fils sont enlevés les 10^e 12^e et 14^e jours. La malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

OBSERVATION XIV (Doléris)

Rupture complète du périnée. Cloison intéressée. Echec de la Périnéorrhaphie immédiate primitive. Périnéorrhaphie immédiate secondaire 13 jours après l'accouchement. Résultat bon.

Adèle G. III pare entré le 14 février 1901 à la maternité de Boucicaut.

Antécédents. Hérititaires. — O.

Antécédents. Personnels. — A marché tard. Réglée à 14 ans et depuis régulièrement pendant 5 jours.

Premier accouchement à terme : forceps, fille vivante,

Deuxième accouchement à terme : forceps, fille vivante.

Quand elle entre à la Maternité elle est enceinte de 7 mois. L'enfant se présente par le sommet. La mère a un bassin rétréci. Diamètre P S P 10 cm.

Les urines sont normales.

Le 11 avril la malade entre à la salle de travail. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant vivant. Après la version on constate une déchirure complète du périnée ; la cloison recto-vaginale est intéressée.

Périnéorrhaphie immédiate par l'interne de service. Echec par désunion des plaies, dès les premiers jours qui suivent l'opération. Les sutures de la cloison cèdent les premières.

Le 24 avril. — 13 jours après l'accouchement, la détersion des surfaces divisées étant complète, M. Doléris pratique la périnéorrhaphie par le procédé décrit à l'observation précédente : avivement et dédoublement. Abaissement du rectum et sutures ano-périnéales.

Suites normales : Les deux premiers fils sont enlevés le huitième jour. Les derniers sont retirés le onzième jour.

Le 7 mai. — Le périnée est en très bon état.

Le 13 mai. — La malade sort parfaitement rétablie. Elle n'a jamais eu d'élévation de température.

CONCLUSIONS

I. — La réparation immédiate des déchirures incomplètes du périnée causées par l'accouchement n'est plus en discussion aujourd'hui. Elle est acceptée par la généralité des accoucheurs malgré qu'il ne s'agisse que de traumatismes souvent de peu d'importance. L'utilité de supprimer toute surface cruentée susceptible d'infection et de restaurer plastiquement la région vulvo-périnéale a suffi pour décider de la pratique à suivre en pareil cas.

II. — Lorsqu'il s'agit de traumatismes autrement graves c'est-à-dire de ruptures complètes du périnée avec participation plus ou moins étendue de la cloison recto-vaginale, les indications de la restauration immédiate sont autrement puissantes. La majorité des chirurgiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître qu'il n'y a aucun profit à attendre le délai considérable de six mois et au-delà pour exécuter l'opération réparatrice et qu'il y a tout avantage à ne la point différer.

La périnéorrhaphie immédiate est, dans ce cas, le procédé de choix.

III. — Il existe cependant un certain nombre de considérations qui peuvent déterminer l'adoption d'un délai.

Ce sont :

1° L'infection antérieure dûment constatée des voies génitales.

2° Le mauvais état des tissus divisés ; infiltration, œdème, thrombus.

3° L'état général défectueux de l'accouchée: albuminurie, hémorrhagie grave.

Lorsque la réunion immédiate est tentée dans de telles conditions, elle échoue parfois, malgré toutes les précautions prises.

La périnéorrhaphie immédiate peut échouer en outre pour d'autres raisons dépendant d'incidents postérieurs à l'opération :

1°. Infection génitale constatée dans le cours de la première semaine qui suit l'accouchement ; infection utérine et infection secondaire du périnée. Manœuvres effectuées pour assurer la désinfection de l'utérus; injections intra-utérines, introduction de sondes, application de valves etc.,

2° Infection vésicale et altération ammoniacale de l'urine, antérieure à l'accouchement ou consécutive à des cathétérismes répétés.

3° Technique défectueuse dans l'affrontement des parties et le placement des sutures ; surtout quand il existe une rupture de la cloison recto-vaginale. Il en résulte la filtration des gaz et des liquides intestinaux et par suite la désunion.

4. L'échec de la périnéorrhaphie immédiate peut encore tenir à une hygiène post-opératoire défectueuse (constipation prolongée) et la désunion est alors la

conséquence de l'expulsion de blocs durs et volumineux de matières fécales.

Elle peut tenir enfin à des causes diverses telles que aseptie post-opératoire insuffisante, mouvements désordonnés de la malade, surtout si le retrait des fils a été opéré avant une consolidation suffisante de la cicatrice.

Dans ces deux conditions, que la périnéorrhaphie immédiate ait été différée par mesure de prudence ou bien que la réunion ait échoué pour l'un quelconque des motifs qui précèdent, il n'y a aucun intérêt à retarder une nouvelle tentative au delà du moment précis où des conditions tout à fait favorables se trouveront réalisées c'est-à-dire : disparition des phénomènes infectieux, amélioration de l'état général etc...

IV. — Il y a au contraire un avantage réel à profiter de ce que les phénomènes d'involution n'étant pas achevés dans les tissus dépendant de la zone génitale, ceux-ci conservent une vitalité et une vascularité de beaucoup supérieures à celles qu'ils présenteront plus tard après la cicatrisation isolée des surfaces cruentées. Ils conservent en outre une souplesse et une laxité très favorables à l'opération.

La technique opératoire est des plus simples et l'on constitue, en agissant de la sorte, un périnée dont le fonctionnement est assuré, sans crainte de récurrence de rupture à son accouchement ultérieur.

V. — La périnéorrhaphie tardive est une opération de nécessité. La périnéorrhaphie tardive suppose que le chirurgien n'est appelé que longtemps après le traumatisme ; l'excuse du retard est tout entière dans ce fait.

Comme opération, elle est parfois d'une réelle difficulté à cause de la pauvreté des tissus et des travées cicatricielles profondes, qui déforment la région. Elle a échoué souvent autrefois entre des mains habiles. Elle a eu cet avantage de pousser à la recherche de l'amélioration technique dans le manuel opératoire.

Ces perfectionnements sont, pour la plupart, applicables à la périnéorrhaphie immédiate et à la périnéorrhaphie secondaire.

Grâce à eux, la périnéorrhaphie secondaire est constamment suivie de succès. Son principal mérite est de remédier presque immédiatement à l'incontinence rectale, d'apporter un obstacle aux troubles statiques des organes génitaux, et, tout en laissant leur résistance physiologique aux tissus, de leur conserver suffisamment de souplesse pour qu'à un accouchement ultérieur une nouvelle rupture du périnée soit aisément évitée.

Vu : le Président de thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Albutt and Playfair.** — System of Gynecology, pages 747 et suivantes, éd. 1896.
- Ardoin.** — Thèse de Paris, 1888.
- Bascou.** — Déchirure du périnée dans l'accouchement. Thèse de Paris, 1861.
- Berard (Auguste).** — Dictionnaire en 30 volumes. Tome XXIII, art. Périnée.
- Barbier.** — Périméorrhaphie pratiquée immédiatement après la délivrance dans tous les cas de déchirures vagino-périnéales. Thèse de Paris, 1892.
- Boraud.** — Etude sur la périméorrhaphie. Thèse de Paris, 1879.
- Bourdereau.** — Des déchirures du périnée. De la périméorrhaphie. Thèse Paris, 1854.
- Boudrie.** — Déchirures de la vulve et du périnée pendant l'écoulement. Thèse Paris, 1866.
- Chabaud.** — Déchirures complètes du périnée, Leur traitement. Thèse de Paris, 1879.
- Chochon-Latouche.** — Ruptures du périnée. Leur traitement. Suture immédiate. Thèse 1886.
- Corporandy.** — Déchirures du périnée chez la femme et de leur traitement. Thèse 1863.

Dayot. — Périnéorrhaphie secondaire. Thèse de Paris, 1886.

Décès. — Sur la périnéorrhaphie. Thèse de Paris, 1892

Demarquay. — Gazette médicale de Paris, 1864.

Dieffenbach. — Opérations chirurgicales.

Dolérís. — Annales de Tocologie, 1883 et 1885.

Dugué. — Des déchirures du périnée dans l'accouchement et des moyens d'y remédier. Thèse de Paris, 1856.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Dromain. — Déchirures de la vulve et du périnée. Th. de Paris 1877.

Emmet. — New-York méd. journal déc. 1865. Medical Record March. 15, 1873. La pratique des maladies des femmes traitée par Olivier.

Floersheim. — Quand et comment faut-il pratiquer la périnéorrhaphie après l'accouchement (Gaz. de gynéc. 1898).

Gaillard Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes.

Gueniot. — Bulletin Soc. Chirurgie, 5 avril 1876.

— Rapport sur le mémoire de Huif. Bul. et mém. Société chirurgie, séance 30 avril 1884.

Guillemeau. — Traité de la grossesse des femmes, 1621, Ch. 14.

Hüe (1). — Annales de gynécologie, juillet 1876, tome VI p. 1.

— Etude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète. Bull. Soc. Chirurg. 1880, p. 10.

Hegar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire traduit par Paul Bar.

Holst. — Morastchr f. fæb. 1833, t. XXXI.

Joffrion. — Etude critique sur les déchirures du périnée.

Kirmisson. — Art. Périnéorrhaphie in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1885.

Kolmogoroff. — Wratsch. 1898. p. 114, n° 9.

Ladevie. — Ruptures complètes du périnée périnéorrhaphie, thèse 1893.

Laugenbeck. — Ruptures complètes du périnée. Gazette des hôpitaux, 22 janvier 1853.

Luizy. — La restauration du périnée pratiquée immédiatement après l'accouchement, thèse de Paris 1883.

Miffre. — Périnéorrhaphie, thèse de Paris, 1873.

Nélaton. — Elément de pathologie chirurgicale, t. VI.

Neviajski. — Déchirures centrales du périnée. Thèse de Paris, 1899.

Paré. — Le dix-huitième livre. De la Génération.

Picqué. — Encyclopédie interne de chirurgie.

Péan. — Leçons de clinique chirurgicale professées à St-Louis, 1875-1876.

Pozzi. — Traité de Gynécologie. Bull. et mém. Soc. Chir., 1884.

Polailon. — Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1885.

Ravier. — Déchirures du périnée et leur traitement primitif. Thèse de Paris, 1893.

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Roux. — Chirurgie.

Teillier. — Société nationale de médecine de Lyon, mars 1895.

Terrillon. — De la périnéorrhaphie pour remédier à la rupture totale du périnée. *Annales de Gynécologie*, mai 1879.

Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*.

Trélat. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 5 avril 1876.

Verneuil. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 24 mai 1862.

— *Bull. Soc. Chirurgie*, 30 avril 1884.

